

Aus der neuropsychiatrischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Giessen
Direktor: Professor Dr. A. Derwort

**Analyse charakteristischer Daten
von 208 in der Entwöhnungsklinik
Heiligenhafen stationär behandelter
Alkoholabhängiger**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des
Bereichs Humanmedizin
der
Justus Liebig-Universität
Giessen

vorgelegt von
Dietrich Behrendt
aus Wormditt/Ostpreußen

Giessen

1972

Aus der neuropsychiatrischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Giessen
Direktor: Professor Dr. A. Derwort

**Analyse charakteristischer Daten
von 208 in der Entwöhnungsklinik
Heiligenhafen stationär behandelter
Alkoholabhängiger**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des
Bereichs Humanmedizin
der
Justus Liebig-Universität
Giessen

vorgelegt von
Dietrich Behrendt
aus Wormditt/Ostpreußen

Giessen
1972



Dekan: Prof. Dr. Hj. Staudinger
Referent: Prof. Dr. H. Lammers
Korreferent: Prof. Dr. D. Beckmann

Inhaltsverzeichnis

=====

	Seite
<u>I. Einleitung</u>	1
1. Definition der Alkoholabhängigkeit	1
2. Genese der Alkoholabhängigkeit	2
3. Phasen der Alkoholabhängigkeit	3
4. Trinkertypen	3
<u>II. Ausmaß der Alkoholabhängigkeit und Fragestellung dieser Arbeit</u>	5
1. Ausmaß der Alkoholabhängigkeit	5
2. Fragestellung dieser Arbeit	6
<u>III. Die Entwöhnungsklinik Heiligenhafen</u>	7
1. Klinik	7
2. Patientengut	8
3. Therapeutisches Team	8
<u>IV. Herstellungsvorgang dieser Arbeit</u>	9
1. Entstehung des Datenblattes	9
2. Ausfüllung und Auswertung des Datenblattes	10

V. Eigene Untersuchungen

11

1. Persönliche Daten der Patienten und ihre psycho-soziale Situation	11
A. Persönliche Daten	11
B. Störungen im psycho-sozialen Bereich	19
C. Entmündigungen und Vorstrafen	23
2. Auslösende Trinkursachen, Abhängigkeitsbeginn, Trinkertypen, Trinkgewohnheiten und Getränkeart	24
A. Auslösende Trinkursache	24
B. Abhängigkeitsbeginn	26
C. Trinkertypen	27
D. Trinkgewohnheiten	29
E. Getränkearten	29
3. Einweisungsform	30
A. Einweisungsstelle	30
B. Einweisungsart	31
4. Korrelationen verschiedener Kurdaten	31
A. Verteilung der Patienten auf die einzelnen Entziehungskuren	31
B. Entziehungskurdauer	32
C. Beziehungen zwischen Kuranzahl und neuerlicher Kur	33
D. Beziehungen zwischen Kurdauer und neuerlicher Kur	34

5. Befunde bei Beginn der stationären Behandlung	36
A. Akute körperliche und psychische Befunde	36
B. Interne Aufnahmebefunde	38
6. Kurverhalten der Patienten	44
A. Einordnung in die Kur	44
B. Urlaub	44
C. Rückfälle	45
D. Entweichungen	45
E. Entlassungsart	45
<u>VI. Diskussion</u>	47
<u>VII. Zusammenfassung</u>	58
<u>VIII. Literaturverzeichnis</u>	61
<u>IX. Tabellen</u>	65
<u>X. Danksagung</u>	95
<u>XI. Lebenslauf</u>	96

Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. Einleitung

1. Definition der Alkoholabhängigkeit

Eine genaue und alle Gesichtspunkte erfassende Definition dessen, was allgemein unter Sucht bzw. Suchtstoffabhängigkeit verstanden wird, gibt es heute nicht, trotz klinisch-psychiatrischer, neurophysiologischer und psychoanalytischer, anthropologischer und sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. (10 S.4; 20 S.9) Dies trifft in besonderem Maße für den Begriff der Alkoholsucht und die vielfältigen synonym gebrauchten Bezeichnungen wie Alkoholismus, Trunksucht und chronischer Alkoholabusus zu. So stellt z.B. PERRIN die Frage, was denn eigentlich Alkoholismus sei und unterscheidet nicht weniger als sechs verschiedene Formen. (15) Der Grund für die Schwierigkeit, eine umfassende, alle Aspekte berücksichtigende Definition zu finden, liegt in der Mannigfaltigkeit der Verknüpfungen zwischen den physischen und psychischen Vorgängen im Menschen und seiner vielschichtigen Umwelt.

Für die Erkrankung der in dieser Arbeit erfassten Patienten erscheint die Bezeichnung Alkoholabhängigkeit als die zutreffendste.

Was unter Alkoholabhängigkeit verstanden wird, soll folgende Umschreibung - in Anlehnung an die Vorschläge der WHO (23) - verdeutlichen. (verändert nach LALLMERS 11)

- a. Die Alkoholabhängigkeit drückt sich aus in einer Verhaltensstörung mit - final gesehen - desintegrierendem Verlauf. Das bedeutet eine Schädigung für das Individuum und auch fast immer für seine Umwelt.
- b. Der Alkohol wird wiederholt eingenommen - kontinuierlich oder rhythmisch - , um mit seiner Hilfe eine Zustandsänderung der Befindlichkeit zu erreichen.
- c. Es besteht eine psychische, meist auch eine physische Abhängigkeit.

Abzugrenzen ist die Alkoholabhängigkeit vom Alkoholmißbrauch, bei dem keine echte Abhängigkeit vorliegt, und auch von dem gewohnheitsmäßigen Alkoholkonsum, bei dem Trinkmotive und Trinkmenge nicht die sozial tolerierten und festgelegten Normen überschreiten und keine Schädigungen für das Individuum entstehen.

2. Genese der Alkoholabhängigkeit

Ursache, Entstehung und Entwicklung der Alkoholabhängigkeit sind vielschichtig. " es gibt keine einzelnen Ursachen für die Alkoholabhängigkeit ". (16 S.50) H. SCHWARZ meint, es besteht " kaum ein klinischer Formenkreis, in dem sich exogene, endogene und psychische Faktoren, in dem sich konstitutionelle und konstellative Umstände, in dem sich soziologische und individuelle Belange in der Intensität verflechte wie in der Süchtigkeit ". (21 S.5)

Als grobe Annäherung seien folgende schematischen Entwicklungsstufen genannt. (zitiert nach LAMMERS 10)

a. Basiskonstellationen

Genetische und psychosomatische sowie Umweltvorbedingungen.

Hinzukommen von:

b. Störungen im Gesamtgefüge Mensch und Umwelt

(permanent oder sporadisch; negativ oder positiv)
im Sinne von Schlüsselreizen bzw. - Erlebnissen, Auslösersituationen, Weichenstellungen.

Folge:

c. Änderungen der Befindlichkeit

Von normaler Befindlichkeit zu Unlust - oder Lust - befindlichkeit (permanent oder sporadisch).
mögliche Folgen:

d. Suchtstoffabhängigkeit als Verhaltensstörung über Abusus und Gewöhnung.

e. Wirkmechanismen zur Aufrechterhaltung der Suchtstoffabhängigkeit. Weiterbestehen der Unlustbefindlichkeit

beim Fehlen der Suchtstoffe; bzw. verstärktes Auftreten von Mißbefindlichkeit im Sinne von Entziehungserscheinungen. Aufrechterhaltung oder Gewinn der Lustbefindlichkeit durch Suchtstoffe. Wirkung konditionierter Verhaltensmuster und Stoffwechselwirksamkeiten, die die " Zwangsmechanismen " unterhalten.

3. Phasen der Alkoholabhängigkeit

In Bezug auf die einzelnen Phasen der Alkoholabhängigkeit hat E.M. JELLINEK vier Phasen unterschieden (7).

1. die voralkoholische
2. die prodromale
3. die kritische
4. die chronische

Phase 1 und 2 werden als symptomatische, Phase 3 und 4 als "süchtige" Phase bezeichnet. Am Anfang der kritischen Phase tritt der Kontrollverlust ein, in der chronischen Phase meist die Abnahme der Alkoholtoleranz. Alkoholabusus und Alkoholgewöhnung wären der ersten und zweiten Phase zuzuordnen, während die Abhängigkeit etwa mit der dritten Phase beginnen würde.

4. Trinkertypen

Der Unterausschuß für Alkoholismus der WHO teilt in folgende Trinkertypen ein (6):

1. Unregelmäßig übermäßige symptomatische Trinker
2. Gewohnheitsmäßig übermäßige symptomatische Trinker
3. Süchtige Trinker (Alkoholsüchtige)

Auf weitere Einteilungen der Trinkertypen z.B. nach DERWORT (3) und JELLINEK (8) sei hier nur hingewiesen.

Die in dieser Arbeit erfassten Alkoholabhängigen werden nach der Art, der Menge und dem Zeitpunkt der Alkoholeinnahme in vier Trinkertypen eingeteilt:

- a. gewohnheitsmäßige periodische Trinker
- b. gewohnheitsmäßige Trinker mit seltenen und leichten Rauschen
- c. gewohnheitsmäßige Trinker mit häufigen und starken Rauschen
- d. Trinker, die an Wochenenden besonders viel trinken

II. Ausmaß der Alkoholabhängigkeit und Fragestellung dieser Arbeit

1. Ausmaß der Alkoholabhängigkeit

Im Jahre 1968 erreichten die Ausgaben für Alkohol in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlins die Summe von 21,24 Milliarden DM. Den größten Anteil hatte der Bierkonsum, der im Jahre 1951 mit 48,0 l, 1960 mit 95,6 l und 1968 mit 129,5 l pro Kopf angegeben wird. Für diesen Bierverbrauch wurden 1968 insgesamt 12,7 Milliarden ausgegeben. Für Branntwein betrugen im gleichen Jahr die Ausgaben 4,67 Milliarden und für Wein 3,86 Milliarden DM. Das ergibt bei Zusammenrechnung des Alkoholgehaltes der verschiedenen Getränke für die einzelne Person im Durchschnitt einen Verbrauch von 10,3 l reinen Alkohols. (24) " Alkohol und Alkoholismus sind zwei von einander abhängige Größen. In einem umfassenden Werk des Nationalen Demographischen Institutes in Paris hat Sully Ledermann den Satz geprägt: " Eine Verminderung der Belastung durch den Alkoholismus kann nur erreicht werden durch die Verminderung des gesamten Alkoholkonsums " (14 S.156) " Die Zahl der schwer alkoholgefährdeten und alkoholsüchtigen Personen muß nach gewissenhaften Erhebungen auf mindestens 600 000 geschätzt werden. Das bedeutet: 1 % der Bevölkerung leidet mit Sicherheit unmittelbar am Alkoholismus. " (24)

" Hinter den Alkoholgefährdeten und Alkoholsüchtigen stehen noch die direkt oder indirekt geschädigten Familienmitglieder, vor allem auch Kinder. So haben wir es heute beim Problem des Alkoholismus mit mindestens zwei Millionen Menschen z u tun. " (24) Die große Bedeutung, die das Alkoholproblem heute hat, wird aus diesen Zahlen sichtbar.

2. Fragestellung dieser Arbeit

Anlaß zu den eigenen Untersuchungen war, Daten über die Situation und die vielfältige Symptomatik von Alkoholabhängigen zu erhalten. So wurden

- a. persönliche Daten der Patienten, ihre psycho-soziale Situation vor der Kur, die Einweisungsform und organische und psychische Befunde bei der Aufnahme erfaßt.
- b. Aussagen gemacht über die auslösenden Ursachen der Abhängigkeit, den Abhängigkeitsbeginn, die Trinkgewohnheiten, den Trinkertyp und die Getränkearten.
- c. über das Kurverhalten der Patienten berichtet und
- d. die Beziehungen zwischen der Anzahl und auch der Dauer der Entziehungskuren und einer Wiedereinweisung untersucht.

Dann werden diese Daten diskutiert und einige Konsequenzen für Prophylaxe und Therapie aufgezeigt.

III. Die Entwöhnungsklinik in Heiligenhafen

1. Die Klinik

Die Entwöhnungsklinik, in der diese Arbeit angefertigt wurde, liegt im Landeskrankenhaus Heiligenhafen.

Heiligenhafen, ein Ostseebad von 12000 Einwohnern, hat keine nennenswerte Industrie. Die Kleinstadt liegt über 70 km von der Landeshauptstadt Kiel, das ca. 270000 Einwohner hat, entfernt. Aus Kiel kommen über 65 % aller Patienten. Das Landeskrankenhaus hat insgesamt 1400 Betten. Die Entwöhnungsklinik ist mit ihren 60 Betten eine kleinere Abteilung.

Durch die Lage der Klinik wird der überwiegende Teil der Patienten nicht in seiner gewohnten Umgebung behandelt. Dadurch fehlt der Kontakt von Patienten und Ärzten zur Familie und zum Bekanntenkreis der Patienten, zu ihrem Arbeitsplatz, zu den Personen der nachgehenden Fürsorge und zu Behörden wie Arbeits- und Sozialamt, Gesundheitsamt oder Gerichte. Die Patienten verlieren nach ihrer Entlassung die Verbindung zu den behandelnden Ärzten, weitere ambulante Gruppentherapie ist nicht mehr möglich. Bei Rückfällen fehlt die Beratung und die Hilfe durch den dem Patienten vertrauten Arzt. Auf die große Bedeutung des Kontaktes zwischen Patient und Arzt auch nach der Entziehungskur weisen BRÄUTIGAM (1) und KÖHNLEIN und MENDE (9) hin.

Es fehlen in Heiligenhafen Industrieanlagen, so daß für die Patienten die erforderlichen Arbeitsplätze während der Kur im Sinne einer Nachtklinik nicht vorhanden sind. Die Behandlung von Alkoholabhängigen innerhalb eines Landeskrankenhauses ist nicht optimal (siehe dazu auch WINDISCHMANN (22). Vorurteile von Patienten, ihren Angehörigen, von Behörden und anderen gegenüber einem psychiatrischen Krankenhaus behindern die Behandlung.

Die Entwöhnungsklinik ist eine halboffene Einrichtung und

besteht aus zwei Stationen zu je 30 Betten. Die Größe der Stationen lassen keine entsprechende Differenzierung der Patienten zu.

Die Patienten kommen in der Regel in sehr schlechter körperlicher und psychischer Verfassung zur Aufnahme. In den ersten beiden Wochen steht die Behandlung der somatischen Symptome ganz im Vordergrund. Hier hat sich das Distraneurin bei deliranten und unruhigen Patienten ganz hervorragend bewährt.

Die Gruppentherapie und die Beschäftigungstherapie nehmen einen sehr breiten Raum in der Behandlung ein, wobei die Beschäftigungstherapie aber ganz erheblich sinnvoller gestaltet werden könnte.

2. Patientengut

Die männlichen Patienten stammen fast alle aus dem Einzugsgebiet des Landeskrankenhauses, davon der überwiegende Teil aus Kiel (ca. 65 %). Die weiblichen Suchtstoffabhängigen wurden derzeit noch auf den allgemeinen Abteilungen des Landeskrankenhauses behandelt. Es leben auf einer Station Freiwillige, Zwangseingewiesene und Entmündigte zusammen. Einige Patienten kommen zu ihrer ersten, andere zu einer wiederholten Kur. Sozial Abgeglittene, Schwachsinnige und Intelligente, Neurotiker und "Psychopathen", psychisch weniger Geschädigte und bereits Persönlichkeitsveränderte sowie Patienten mit symptomatischer Alkoholabhängigkeit leben auf allerengstem Raum zusammen.

Alkohol- und Medikamentenabhängige werden auf den Stationen gemeinsam behandelt.

3. Das therapeutische Team

Das engere therapeutische Team setzt sich aus fünfzehn Pflegern, einem Diplom-Psychologen, einem Assistenzarzt und einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zusammen.

IV. Herstellungsvorgang dieser Arbeit

1. Entstehung des Datenblattes

Aus dem Bemühen heraus, die vielfältige Symptomatik, die Alkohol- und Medikamentenabhängige bieten, vergleichbar zu erfassen, wurde ein Datenblatt geschaffen. Es enthielt eine Fülle von Fragen, die so gegliedert wurden:

- A. Persönliche Daten der Patienten und ihre psycho-soziale Situation
 - a. persönliche Daten
Alter, Schule, Berufsausbildung und Beruf, arbeitslos - nicht arbeitslos, berentet - nicht berentet, Familienstand, Wohnung, Krankheiten.
 - b. Störungen im psycho-sozialen Bereich
gestörtes Familienleben, Scheidungen, Störungen an der Arbeitsstelle, Berufsabstieg, allgemeiner sozialer Abstieg, leichtes und starkes sozial unangepasstes Verhalten, Verwahrlosung und Suicidversuche.
 - c. Vorstrafen und Entmündigungen
- B. Auslösende Ursachen der Abhängigkeit, Abhängigkeitsbeginn, Trinkertypen, Alkoholart und Trinkgewohnheiten
- C. Einweisungsform (Einweisungsstelle und Einweisungsart)
- D. Anzahl der Entziehungskuren der Patienten und Kurdauer
- E. Befunde bei Beginn der stationären Behandlung
 - a. akute körperliche und psychische Befunde
Entziehungssymptome, Delirium tremens, alkoholische Krampfanfälle, pathologischer Rausch, Alkoholhalluzinose, Polyneuropathie, Behandlungsbereitschaft, Kritikfähigkeit, Persönlichkeitsveränderung, alkoholische Demenz.
 - b. interne Befunde
Gewicht, Blutdruck, Leber (klinische Untersuchung und Leberteste), BSG, Leucocyten.
- F. Kurverhalten
Einordnung, Urlaub, Rückfälle, Entweichungen und Entlassungsart.

Da die Anzahl der War-Medikamentenabhängigen (4) und die der Mehlwurms- und Alkoholabhängigen (24) zu klein waren, um statistische Aussagen zu machen, bezieht sich das Material nur auf die Alkoholabhängigen, deren Zahl in dem erfaßten Zeitraum 208 betrug.

2. Ausfüllung und Auswertung des Datenblattes

Nach Angabe der Krankenblätter, die in der Zeit vom 1.12.1955 bis zum 31.12.1958 angefertigt wurden, übertrug ich die in diesen Krankenblättern enthaltenen Daten in das oben beschriebene Datenblatt.

Bei der Auswertung dieses Materials traten einige Unregelmäßigkeiten auf.

- a. waren die Krankenblätter nicht immer ganz ohne Lücken
- b. war es nicht bei jedem Patienten möglich, aus dem Inhalt eines Krankenblattes ein vollständiges Datenblatt herauszuschreiben, da sich z.B. die Frage nach dem Beginn der Trunksucht aus der Frage nach der Trunksucht nicht in jedem Falle beantworten ließ, obwohl ich den Leiter der Klinik, Herrn Medizinaldirektor Dr. Lammers jederzeit um Rat fragen konnte.

First alle Daten konnten nicht vollständig auf alle 208 erfaßten Patienten.

Ich habe nun die einzelnen Datenblätter nach der Anzahl der Jahre, die dem Patienten Lammers betraf, geordnet und diese Gruppen miteinander verglichen.

Anzahl und Vorkommen der Patienten wurden mit einer graphischen statistischen Aufnahme des Patienten in Beziehung gesetzt.

V. Eigene Untersuchungen

7. Persönliche Daten der Patienten, ihre psycho-soziale Situation, Entmündigung und Vorstrafen

A. Persönliche Daten der Patienten

a) Alter

Das Alter der Patienten lag bei dreiviertel der Patienten zwischen 25 und 55 Jahren. Unter 25 Jahre waren lediglich 4 Patienten, über 55 dagegen ein knappes Viertel. (Abb.1) In der Gruppe der Patienten, die zur dritten oder einer häufigeren Kur kamen, stieg der Anteil der Patienten, die älter als 55 Jahre waren, nur leicht auf insgesamt knapp 30 % an. (Tab.1) Die größte Anzahl stellte die Gruppe der Patienten, die zwischen 26 und 35 Jahre alt war, insgesamt 60. Es folgte dann die Gruppe der 36 - 45 Jährigen mit 54 Patienten vor den 43 Patienten, die zwischen 46 und 55 Jahre alt waren.

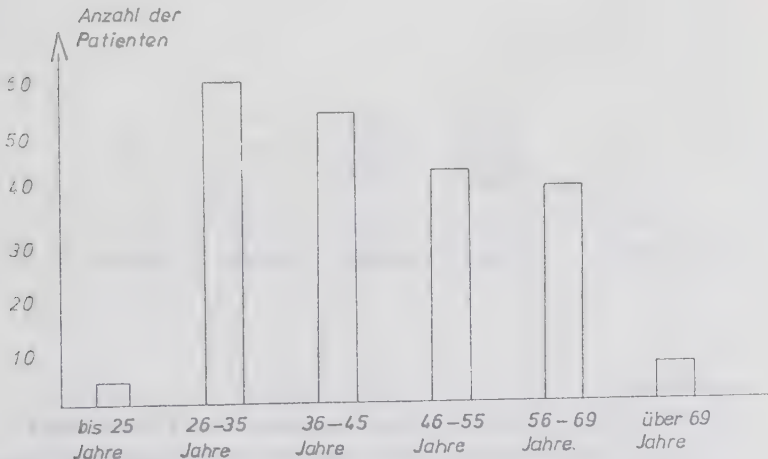
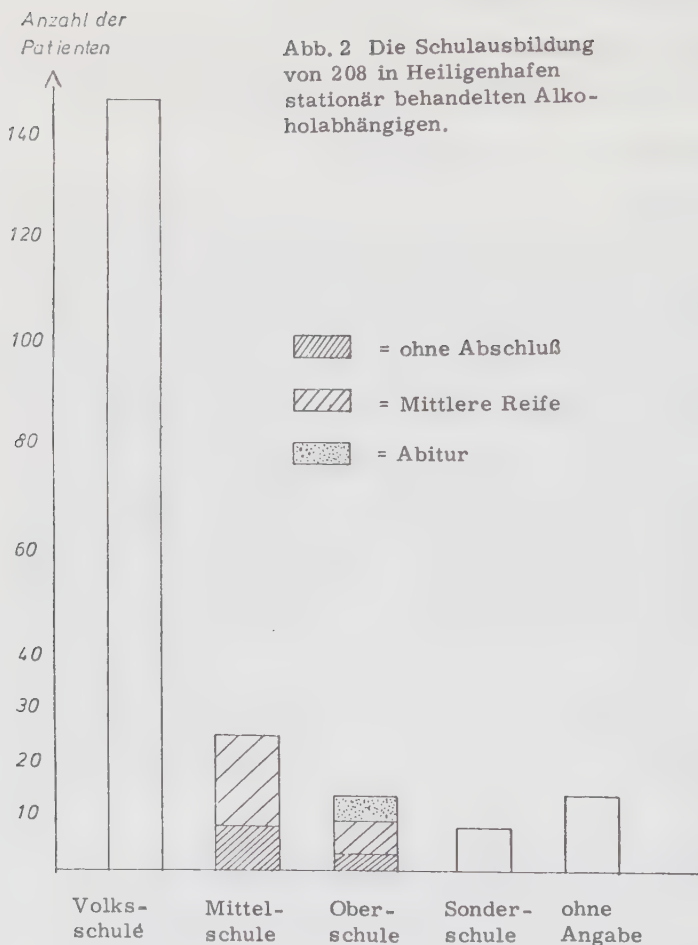


Abb. 1 Die Altersverteilung von 208 in Heiligenhafen stationär behandelten Alkoholabhängigen

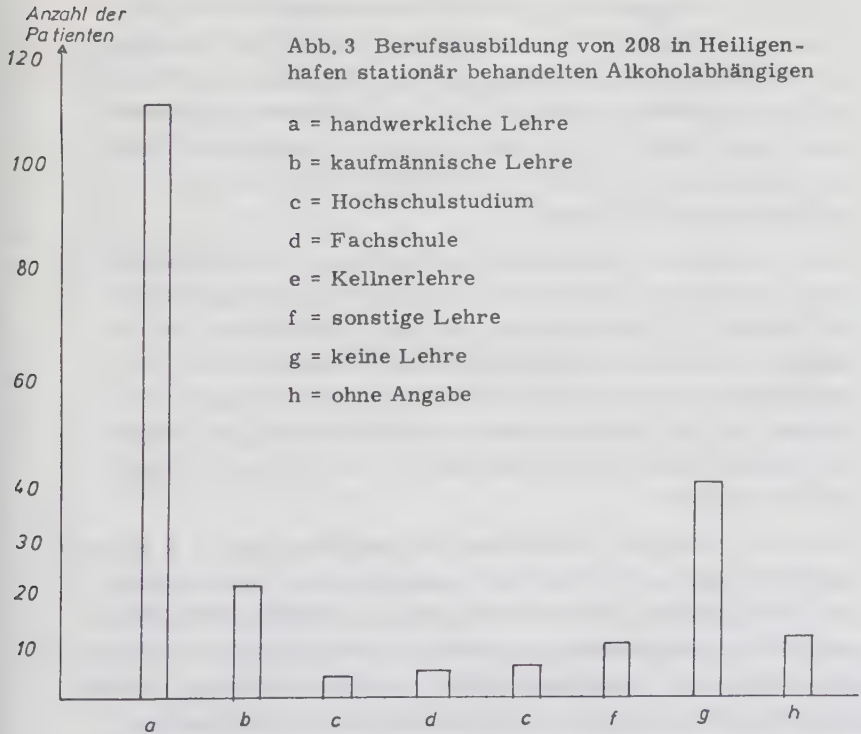


b. Schule

Dreiviertel der Patienten besuchte die Volksschule, 14 % die Realschule, über 7 % die Oberschule und über 4 % die Sonderschule. Von den Realschülern erhielten 63 % den Abschluß, von den Oberschülern machten 35 % das Abitur, 43 % die Mittlere Reife. (Abb.2) Die Aufteilung nach der Anzahl der Kuren gibt Tabelle 2 an.

c. Berufsausbildung und Beruf

Fast 80 % der Patienten begann eine Lehre; davon 70 % eine handwerkliche, 13 % eine kaufmännische, 4 % eine Kellnerlehre. 6 % der Patienten begannen ein Studium oder besuchten eine Fachschule. Über ein Fünftel der Patienten blieb dagegen ohne Berufsausbildung. (Abb.3)



Der Prozentsatz derjenigen Patienten, die keine Berufsausbildung begannen, lag bei Patienten, die mehrere Kuren machten, deutlich höher. (Tab.3)

Ihre Berufsausbildung brachen von den Patienten, die die erste Kur machten, fast ein Drittel ab. Bei denen, die zu einer häufigeren Kur kamen, lag der Prozentsatz deutlich niedriger. Insgesamt brach ein gutes Viertel der Patienten seine Berufsausbildung ab.

Es waren demnach ohne Berufsausbildung oder mit einer abgebrochenen fast die Hälfte der Patienten.

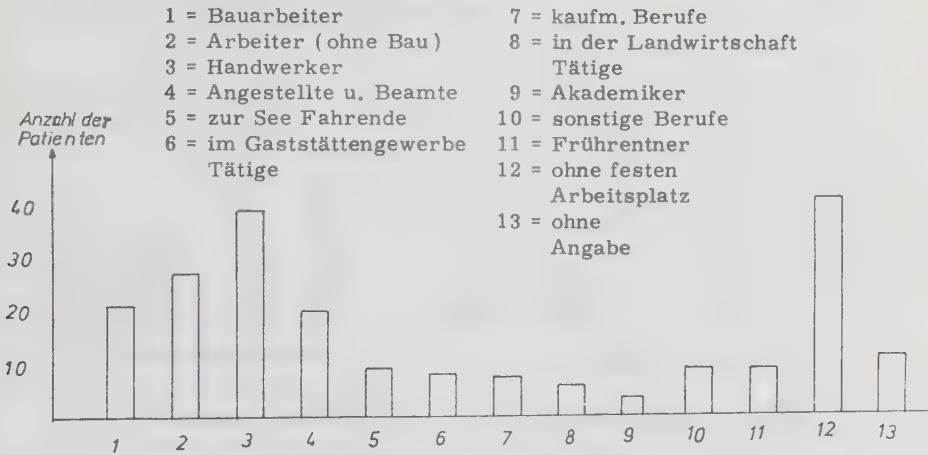
Noch im gelernten Beruf arbeiteten vor Beginn der Kur 45 % der Patienten. Zugrunde gelegt wurde die vorwiegende Tätigkeit in einem Zeitraum von etwa zwei Jahren vor der Kur. Bei den Patienten, die zu der ersten Kur kamen, arbeiteten deutlich die Hälfte noch im gelernten Beruf, bei denen, die zu einer häufigeren Kur kamen, waren es weniger als ein Drittel.

Über ein Fünftel der Patienten war ohne festen Arbeitsplatz, wobei der Prozentsatz bei den Mehrkurigen mehr als doppelt so hoch war wie bei den Erstkurigen. Diejenigen, die ohne festen Arbeitsplatz waren, hatten gut zur Hälfte eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein knappes Drittel hatte keine Berufsausbildung angefangen. Bei den Mehrkurigen lag der Anteil der letzten Gruppe deutlich höher.

11 % der Patienten arbeiteten auf dem Bau, nur 3 % in der Landwirtschaft. 20 % hatten einen handwerklichen Beruf und übten diesen weder auf dem Bau noch in der Landwirtschaft aus. 14 % waren Arbeiter, ebenfalls weder auf dem Bau noch in der Landwirtschaft. 10 % der Patienten waren Angestellte und Beamte. Zur See fuhren 4 % aller Patienten und ebenfalls 4 % waren im Gaststättengewerbe tätig. 21 % hatten keinen festen Arbeitsplatz. Die restlichen Patienten hatten andere Berufe. (Abb.4) Die Aufteilung der Berufe nach den einzelnen Kuren gibt die Tabelle 4 an. Bei Rentnern wurde ihr früherer Beruf angegeben. Erfolgte die Berentung aber vor dem 55. Lebensjahr, wurden diese Patienten unter dem Begriff Frührentner

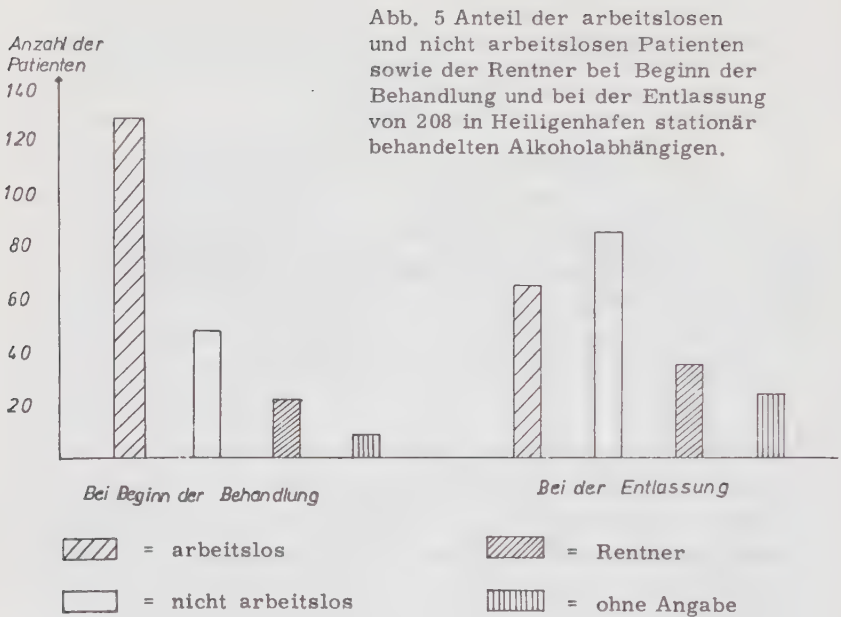
zusammengefasst und gesondert aufgeführt.

Abb. 4 Berufe von 208 in Heilgenhafen stationär behandelten
behandelten Alkoholabhängigen.



d. Arbeitslos

Arbeitslos waren bei Kurbeginn 65 % aller Patienten, bei der Entlassung waren es immer noch 35 %. (Abb.5)
Der Anteil der Arbeitslosen war bei den Mehrkurigen bei Kurbeginn deutlich höher und lag bei über 75 %, bei der Entlassung waren aber genauso viele Erst- wie Mehrkurige arbeitslos. (Tab.5)

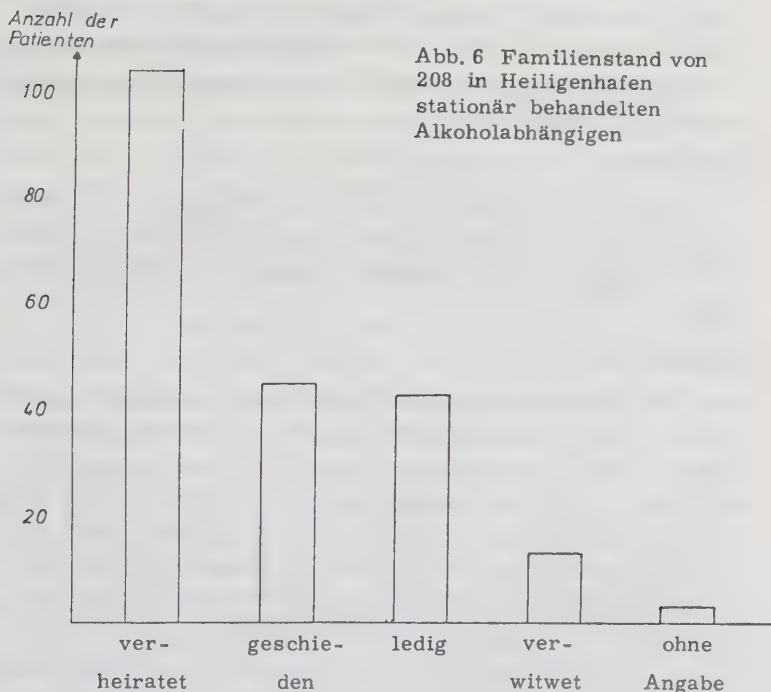


e. Berentet

Berentet waren bei Kurbeginn 11 % aller Patienten, bei der Entlassung waren es 16 %. (Abb. 5) Von den 35 Patienten, die bei der Entlassung berentet waren, wurden 13 während der Kur berentet. Mit zunehmender Kurzahl stieg die Berentung während der Kur an. (Tab.6)

f. Familienstand

Von den behandelten Patienten waren 21 % ledig, 51 % verheiratet, 22 % geschieden und 6 % verwitwet. (Abb.6)



In der ersten Kur lag der Prozentsatz der Verheirateten bei 57 %, in den folgenden nahm der Prozentsatz deutlich ab und erreichte nur knapp 40 %. (Tab.7) Der Anteil der Geschiedenen liegt bei Berücksichtigung von allen Patienten bei 22 %. Von Patienten, die zur ersten Kur kamen, waren nur 17 % geschieden, bei Patienten, die zur zweiten oder dritten Kur kamen, stieg der Prozentsatz auf knapp ein Viertel und erreichte bei denen, die zum vierten oder öfteren Male eingewiesen wurden, 50 %. Ledig waren insgesamt 21 %, in der ersten Kur lag der Anteil der Ledigen bei knapp 18 % und stieg

in den folgenden Kuren leicht an. Bei Patienten mit zwei Kuren war der Anteil doppelt so groß. Verwitwet waren insgesamt 6 %; in der ersten Kur lag der Anteil deutlich darüber und nahm in den folgenden Kuren stark ab bis auf knapp 3 %.

g. Wohnung

11 % aller Patienten gab an, keine Wohnung zu haben. Die Asylierten enthält diese Zahl nicht. Ohne eigentliche Wohnung dürften deshalb erheblich mehr Patienten sein.

h. Krankheiten

Aus den Krankengeschichten ergab sich in Bezug auf weitere abgelaufene oder noch bestehende Krankheiten folgendes Bild. Verwundungen hatten 11 % der Patienten erlitten; amputiert waren über 3 %. Frakturen der Extremitäten zogen sich insgesamt 14,5 % der Patienten zu, von den Erstkurigen 11 %, von den Mehrkurigen 17 %. Schädeltraumen erlitten insgesamt 15 % aller Patienten, 14 % der Erstkurigen und über 18 % der Mehrkurigen. Bei 8 Patienten verlief das Hirntrauma ohne Bewußtlosigkeit, 15 Patienten waren bewußtlos. Bei einem Patienten hinterließ das Trauma einen schweren Hirnschaden. 8 Patienten konnten über das Ereignis keine genaueren Angaben machen. An Anfallsleiden litten 4 Patienten, an Hirnhautentzündung waren 2 und an Malaria 9 Patienten erkrankt. Schwere Magen- und Darmerkrankungen erlitten 17 % der Patienten. Magenreseziert waren 10 % der Patienten, bei den Erstkurigen über 8 %, bei den Mehrkurigen über 13 %. An schmerzhaften chronischen Erkrankungen litten über 4 % der Patienten, 3 % der Erstkurigen und fast 7 % der Mehrkurigen. Eine Gelbsucht gaben über 7 % der Patienten an. (Tab.8)

B. Die psycho-soziale Situation der Patienten

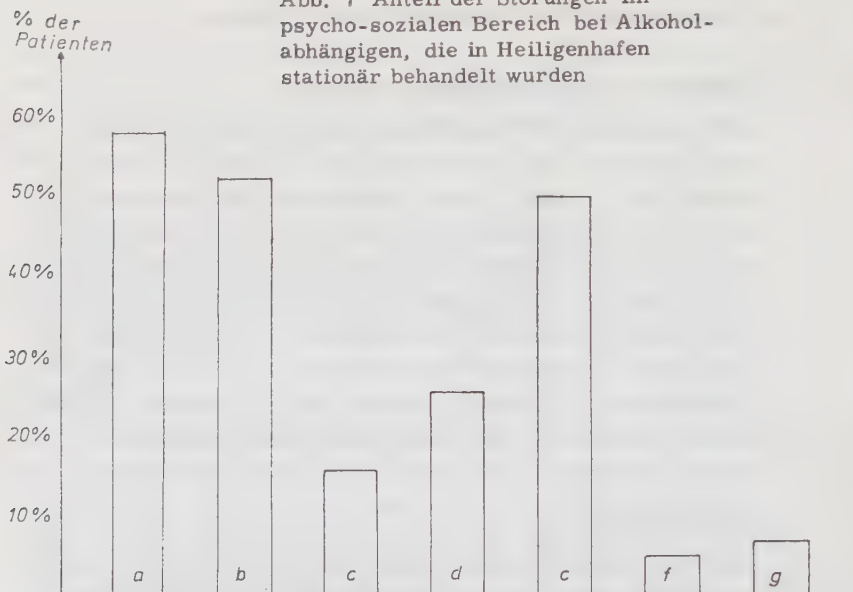
a. Gestörtes Familienleben

Die Anamnese zur Familiensituation ergab, daß bei fast 60 % der Patienten das Familienleben schwer gestört war. (Abb.7; die Aufteilung der Störungen nach den verschiedenen Kuren zeigt die Tabelle 10) Es sind hier schwere Disharmonien gemeint mit häufigen schweren Streitigkeiten mit Ehefrau oder Kindern bis hin zu rohen Tötlichkeiten. Bei den ledigen Patienten wurde das Zusammenleben mit Eltern und Geschwistern in diese Fragestellung einbezogen, sofern diese Patienten mit ihren Eltern noch zusammenlebten.

b. Scheidungen

Bei der Aufnahme waren 45 Patienten geschieden, das sind über 20 %. Bei den Mehrkurigen lag der Anteil deutlich höher, bei 30 %. Bei der Aufnahme verheiratet, vorher aber einmal geschieden, waren 10 Patienten, ein Patient war vorher schon dreimal geschieden. Von den Verwitweten wurde bei drei Patienten eine frühere Ehe geschieden. Bei der Aufnahme verheiratet, bei der Entlassung aber geschieden waren vier Patienten, drei zum ersten mal, einer zum dritten mal. 57 Patienten ließen sich demnach einmal scheiden, vier zweimal und zwei dreimal. Insgesamt wurde bei 63 Patienten mindestens eine Ehe geschieden, das sind über 30 % aller Patienten. Bei den Mehrkurigen lag der Prozentsatz bei 35 %. (Tab.9)

Abb. 7 Anteil der Störungen im psycho-sozialen Bereich bei Alkoholabhängigen, die in Heiligenhafen stationär behandelt wurden



- a = schwer und sehr schwer gestörtes Familienleben (191)
b = Störungen an der Arbeitsstelle (190)
c = Berufsabstieg (190)
d = allgemeiner sozialer Abstieg (191)
e = leicht dissoziales Verhalten (201)
f = stark dissoziales Verhalten (201)
g = Verwahrlosung (201)

Die Zahlen in den Klammern geben die Anzahl der Patienten an, auf die sich die Prozentzahlen beziehen.

c. Störungen an der Arbeitsstelle

Störungen an der Arbeitsstelle zeigten sich bei über der Hälfte aller Patienten (Abb. 7), bei der Gruppe der Mehrkurigen bei zwei Dritteln (Tab.10). Gemeint sind bei den oben erfaßten Störungen u.a. Fehlen am Arbeitsplatz, häufige Verspätungen, affektiv unkontrolliertes Verhalten dem Vorgesetzten oder Kollegen gegenüber, Leistungsabfall und schließlich Entlassung.

d. Berufsabstieg

Bei 16 % der Patienten ließ sich ein Berufsabstieg feststellen. (Abb.7 und Tab.10) Berücksichtigt wurden nur grobe und ganz gravierende Veränderungen. Dieser Berufswechsel wurde in der Regel erzwungen durch die Unzuverlässigkeit und die stark nachlassende Leistungsfähigkeit des Patienten.

e. Allgemeiner sozialer Abstieg

Ein Viertel der Patienten erlitt einen allgemeinen sozialen Abstieg. (Abb.7 und Tab.10) Darunter wurde z.B. ein stark gesunkener Lebensstandard, schlechtere Wohnverhältnisse, ein anderer, weit unter dem vorherigen Niveau liegender Bekanntenkreis u.a.m. verstanden.

f. Unangepaßtes soziales Verhalten

Die Hälfte der Patienten zeigte sozial unangepaßtes Verhalten. Es wurden mehrere Verhaltensformen aus verschiedenen Bereichen zu dieser Aussage zusammengefaßt: häufiger Stellenwechsel; gelegentliches, unregelmäßiges Arbeiten, ungenügende oder gar keine Versorgung der Kinder; tagelanges Fernbleiben von zu Hause und leichte kriminelle Delikte.

g. Stark sozial unangepaßtes Verhalten

Stark sozial unangepaßtes Verhalten zeigten 14 % der Mehrkurigen, von den Erstkurigen niemand. (Tab.10) Hauptsymptom für die Zuordnung in diese Gruppe waren schwere kriminelle Delikte.

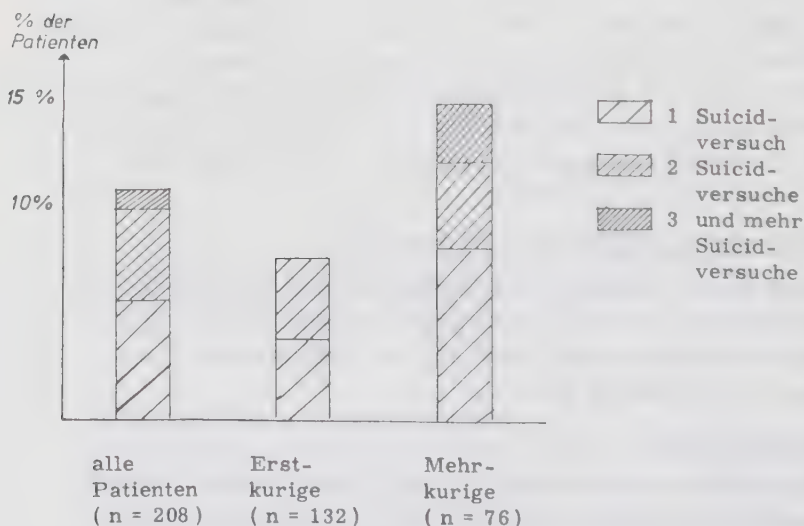
h. Verwahrlosung

13 Patienten boten das Bild der Verwahrlosung. (Abb.7) Dieses Bild trat bei den Patienten, die zum wiederholten Male eingewiesen wurden, deutlich häufiger auf. (Tab.10)

1. Suicidversuche

Insgesamt versuchten 11 % aller Patienten einen ernstgemeinten Suicid zu begehen. Ein Suicidversuch wurde während der Kur unternommen. Über die Hälfte aller Suicidversuche wurde wiederholt. Mehr als doppelt so hoch waren die Suicidversuche bei den Mehrkurigen. Fast 15 % aller Patienten dieser Gruppe unternahm einen oder mehrere Suicidversuche. (Tab.11 und Abb.8)

Abb.8 Anteil der Suicidversuche bei stationär behandelten Alkoholabhängigen, aufgegliedert nach der Anzahl der Entziehungskuren.

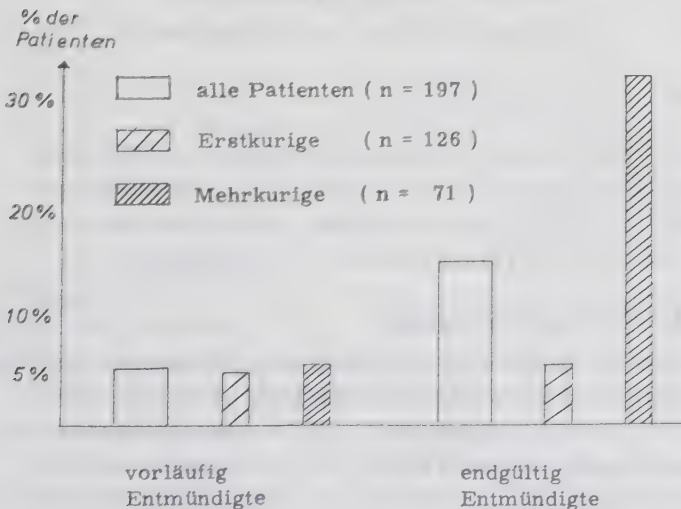


C. Entmündigung und Vorstrafen

a. Entmündigung

Bei der Aufnahme waren insgesamt 15 % der Patienten endgültig und weitere 5 % vorläufig entmündigt. (Abb.9) Bei den Patienten, die zur ersten Kur kamen, war das Verhältnis von vorläufig Entmündigten zu endgültig Entmündigten 1 : 1, bei den Patienten, die zum wiederholten Male eine Kur machten, schon 1 : 6. Vorläufig und endgültig entmündigt waren bei den Erstkurigen 10 %, bei den Mehrkurigen aber 35 %. (Tab.12) Änderungen der Mündigkeit gab es während der Kur nur in vier Fällen.

Abb. 9 Anteil der vorläufig und endgültig Entmündigten bei 197 stationär behandelten Alkoholabhängigen



b. Vorstrafen

Von allen Patienten waren 20 % einmal vorbestraft und weitere 20 % zwei- oder mehrmals. (Tab.13) Die größte Gruppe der Vorstrafen stellten Verkehrs- und Eigentumsdelikte. Relativ gering waren Verurteilungen wegen Unterhaltsverletzungen. (Tab.14) Deutliche Unterschiede ergaben sich zwischen Patienten, die zur ersten Kur kamen und denen, die eine wiederholte Kur machten. Nicht nur der Anteil der Vorbestraften war bei den Mehrkurigen deutlich höher, 50 % gegenüber 32 % bei den Erstkurigen, auch die Verteilung der Straftaten hatte sich verschoben: Die Verkehrsdelikte nahmen in der Gruppe der Mehrkurigen stark ab, Eigentums-, Körperverletzungs- und Sittlichkeitsdelikte ebenso das Delikt des Widerstandes gegen die Staatsgewalt dagegen stark zu.

2. Auslösende Trinkursache, Abhängigkeitsbeginn,
Trinkertypen, Trinkgewohnheiten und Getränkeart.

A. Auslösende Trinkursachen

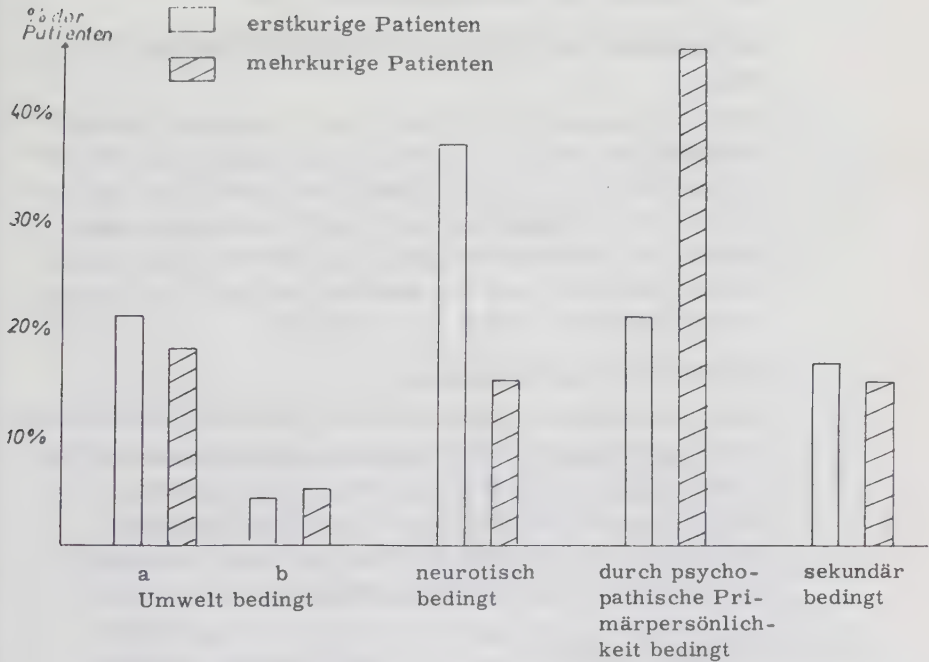
Im folgenden wird versucht, die Trinkursache näher zu bestimmen. Bei 93 Patienten war eine Zuordnung zu einer der unten genannten Gruppen nicht möglich. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die verbleibenden 115 Patienten.

a. Umweltbedingte Abhängigkeit

Bei 20 % der Patienten wurden Trinkgewohnheiten der Umwelt, die aber noch sozial toleriert werden, als bedingende Ursache angenommen, z.B. Trinkgewohnheiten an der Arbeitsstelle, im Verein, in der Familie u.a.m. Bei 5 % der Patienten kann eine in Bezug auf die Trinkgewohnheiten abnorme Umwelt als Ursache angenommen werden, z.B. Alkoholabhängigkeit in der Familie oder

Anschluß an Alkoholabhängige. (Abb.10)

Bei beiden Gruppen zeigten sich keine deutlichen Unterschiede zwischen Erst- und Mehrkurigen.



a = von der Umwelt tolerierte
Trinksitten

b = abnorme Trinksitten

Abb. 10 Vergleich der auslösenden Trinkursache bei Patienten, die zur ersten Kur und denen, die zu einer wiederholten Kur kamen

b. Neurotisch bedingte Abhängigkeit

Bei einem knappen Drittel, bei 30 %, war die Trinkursache neurotisch bedingt. (Abb.10) In dieser Gruppe zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Erst- und Mehrkurigen. Bei den ersteren lag der Prozentsatz mit 37 % mehr als doppelt so hoch als bei den zweiten. Dort betrug der Prozentsatz nur 16 %.

c. Abhängigkeit bei "psychopathischer" Primärpersönlichkeit

Eine Abhängigkeit auf Grund einer "psychopathischen" Primärpersönlichkeit lag bei einem knappen Drittel der Patienten vor. (Abb.10) Sehr groß sind hier die Unterschiede zwischen den Erst- und den Mehrkurigen. Während bei den Erstkurigen 21 % dieser Gruppe angehörten, waren es bei den Mehrkurigen fast die Hälfte aller Patienten (46 %). (Tab.15)

d. Symptomatische Abhängigkeit

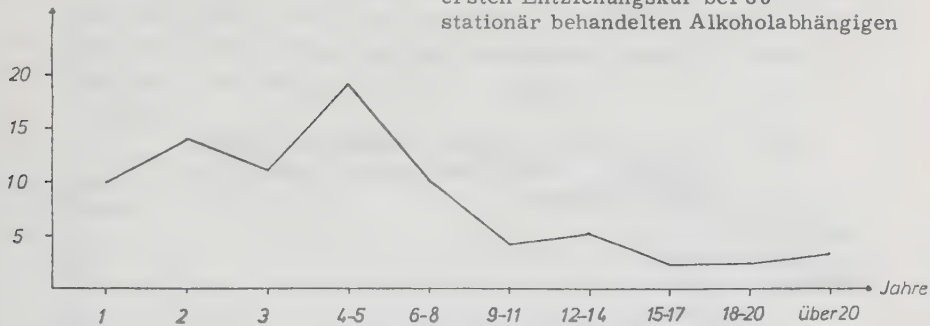
Zu dieser Gruppe wurden 16 % der Patienten zugeordnet. Diese Abhängigkeit wurde verstanden als Symptom einer hirnorganischen Erkrankung oder einer Psychose, z.B. der endogenen Depression oder der Schizophrenie. Deutliche Unterschiede bei Patienten mit einer verschiedenen Anzahl von Kuren gab es nicht. (Tab.15)

B. Abhängigkeitsbeginn

Es war schwer, über den Beginn der Abhängigkeit Daten zu erhalten. Von den 132 Patienten, die zur ersten Entziehungskur zur Aufnahme kamen, war es bei 52 Patienten nicht möglich, zuverlässige Angaben zu bekommen. Bei den verbleibenden 80 Patienten trat die Alkoholabhängigkeit bei über 40 % innerhalb von drei Jahren auf, bei 80 % innerhalb von acht Jahren. (Abb.11)

Anzahl der
Patienten

Abb. 11 Beginn der Abhängigkeit vor der
ersten Entziehungskur bei 80
stationär behandelten Alkoholabhängigen



C. Trinkertypen

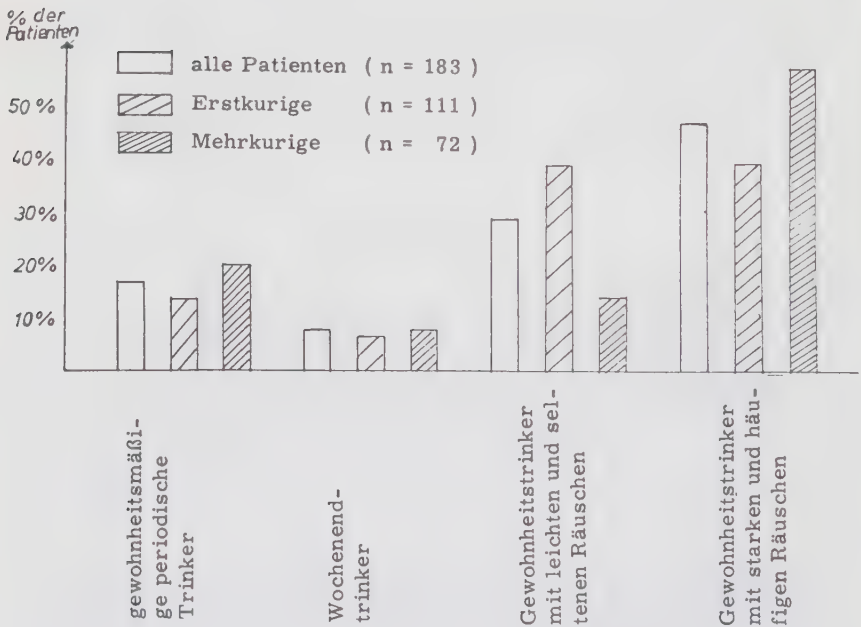
Es wurden vier Trinkertypen unterschieden. (Abb.12) Die größte Gruppe stellten die Gewohnheitstrinker mit häufigen und starken Räuschen. Ihr Anteil lag bei 46,5 %. Deutlich war hier der Unterschied zwischen Patienten mit einer und mehreren Kuren. Patienten, die zur ersten Kur kamen, gehörten zu 40 % dieser Gruppe an, Patienten mit mehreren Kuren schon zu 56 %.

Die zweitgrößte Gruppe waren die Gewohnheitstrinker mit leichten und seltenen Räuschen. Insgesamt gehörten 29 % der Patienten dieser Gruppe an. Deutlich waren auch hier die kurbezogenen Unterschiede. Während 39 % der Erstkurigen zu dieser Gruppe zu zählen waren, gehörten bei den Mehrkurigen nur 14 % dazu.

Als dritte Gruppe erscheinen die gewohnheitsmäßigen periodischen Trinker mit 17 %. Auch hier gibt es kurzbezogene Unterschiede. 14 % der Patienten, die zur ersten

Kur kamen, aber 21 % der Patienten, die zum wiederholten Male eingewiesen wurden, gehörten in diese Gruppe.

Abb. 12 Trinkertypen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen, aufgegliedert nach der Anzahl der Entziehungskuren



8 % aller Patienten tranken überwiegend am Wochenende und wurden in die vierte Gruppe der Wochenendtrinker zusammengefaßt. Ihre Zahl zeigte in allen Kuren keine deutliche Abweichung. (Tab.16)

D. Trinkgewohnheiten

Bei der Hälfte der Patienten konnte keine zuverlässige Angabe über die Trinkgewohnheiten gemacht werden. Von den verbleibenden 104 Patienten waren 57 % Gesellschaftstrinker, mit höherer Kurzahl zunehmend, und 23 % Einzeltrinker, mit höherer Kurzahl abnehmend. (Abb.13 und Tab.17)

% der
Patienten

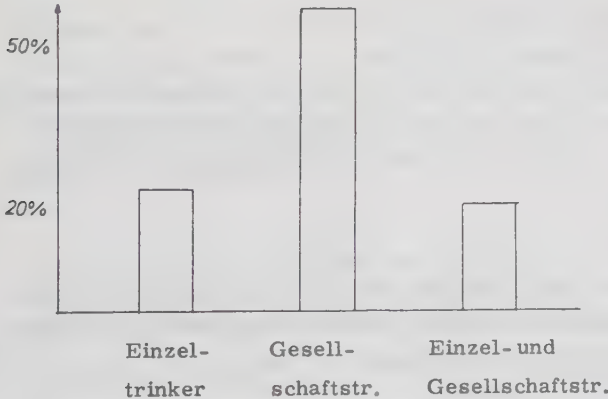


Abb. 13 Trinkgewohnheiten von 104 in Heiligenhafen stationär behandelten Alkoholabhängigen

E. Getränkearten

Eine Untersuchung der Getränkearten, die die Patienten zu sich nahmen, zeigte, daß zwei Drittel der Patienten ganz überwiegend Schnaps und Bier zu sich nahmen. 12 % der Patienten gaben an, ausschließlich Bier zu trinken, 7 % tranken nur Schnaps. Der Anteil derjenigen, die nur Wermut tranken, war mit knapp 2 % sehr gering. Wermut überhaupt, d.h. mit anderen Getränken zusammen, tranken 8 % aller Patienten. Ausschließlich Wein trank keiner der Patienten. Die übrigen Patienten tranken die verschiedensten Getränke gleichzeitig. (Abb.14)

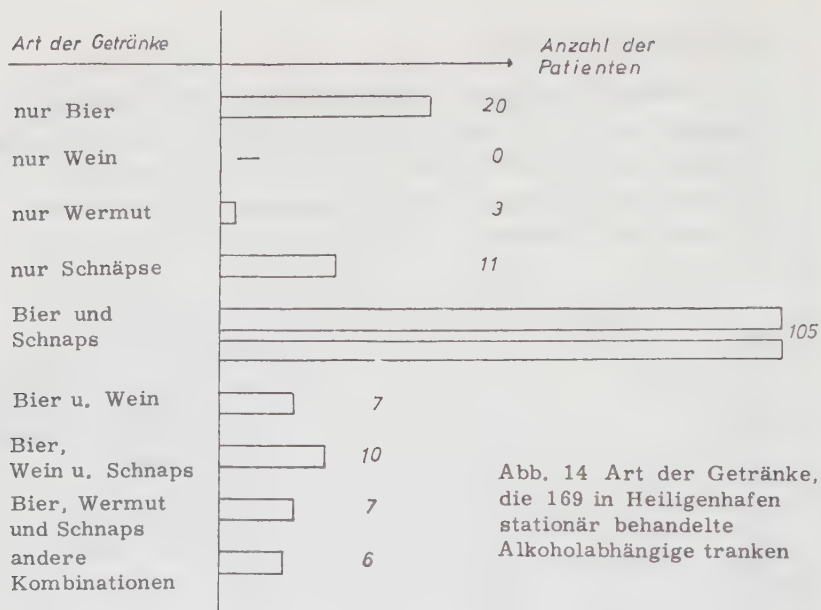


Abb. 14 Art der Getränke, die 169 in Heiligenhafen stationär behandelte Alkoholabhängige tranken

Untersucht man die Getränkearten bei den Erst- und Mehrkurigen, so zeigt sich keine Zunahme der hochprozentigen Getränke mit zunehmender Kurzahl. (Tab.18)

3. Einweisungsform

A. Einweisungsstelle

Von amtlicher Stelle (Gericht, Vormund) wurden insgesamt 60 % der Patienten eingewiesen. Patienten, die zur ersten Kur kamen, wurden zur Hälfte amtlich eingewiesen, bei denjenigen, die zum wiederholten Male kamen, erfolgte bei Dreivierteln eine amtliche Einweisung. Vom Hausarzt wurde ein gutes Fünftel der Patienten eingewiesen. Bei den Mehrkurigen lag dieser Prozentsatz etwas niedriger. Patienten, die zur ersten Kur kamen, wurden zu 17 % als Verlegungen eingewiesen. Der weitaus größte Teil waren Verlegungen

aus der Universitäts-Nerven-Klinik in Kiel. Bei Patienten mit mehreren Kuren kam diese Einweisungsart praktisch kaum vor. Von selbst, ohne ärztliche oder gerichtliche Einweisung kamen 3,5 % aller Patienten. Unklar blieb, wieviel Patienten auf Veranlassung eines Abstinenzvereins zur Aufnahme kamen. Der ermittelte Prozentsatz von 3 % ist sicherlich zu niedrig. (Tab.19)

B. Einweisungsart

Zwangseingewiesen wurden 57 % aller Patienten. Nicht berücksichtigt wurde eine eventuelle freiwillige Verlängerung der Kur. Freiwillig kamen 43 % der Patienten. (Abb.15) Es gab keine deutlichen Änderungen dieses Verhältnisses bei den Patienten aller Kuren. (Tab.20)

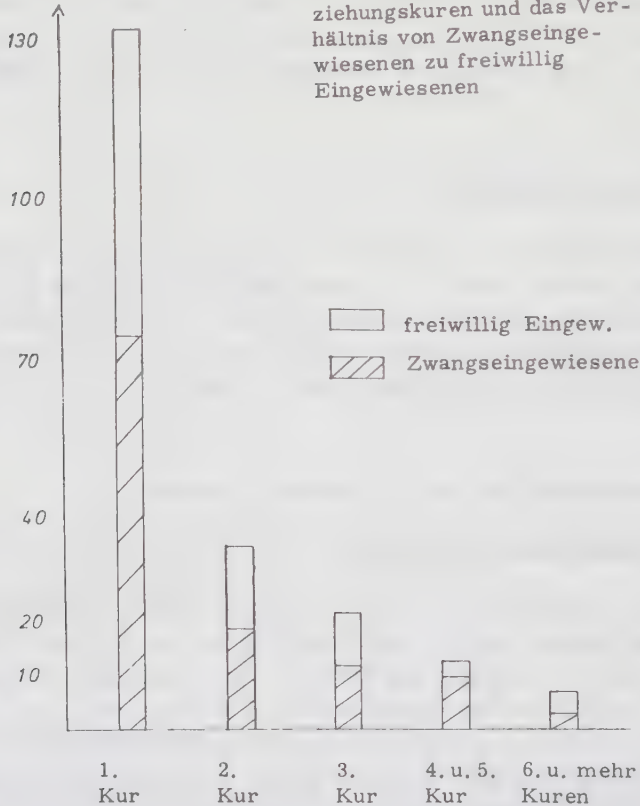
4. Korrelationen verschiedener Kurdaten

A. Verteilung der Patienten auf die einzelnen Kuren

Die 208 Patienten, auf die sich die Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit beziehen, verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Kuren. (Abb.15) Die weitaus meisten Patienten kamen zu ihrer ersten Kur (132), 34 Patienten zur zweiten und 22 zur dritten. Relativ klein waren die Gruppen der Patienten, die zum vierten und fünften Male eingewiesen wurden (13) und die Gruppe derer, die zur sechsten oder einer häufigeren Kur kamen (7).

Anzahl der
Patienten

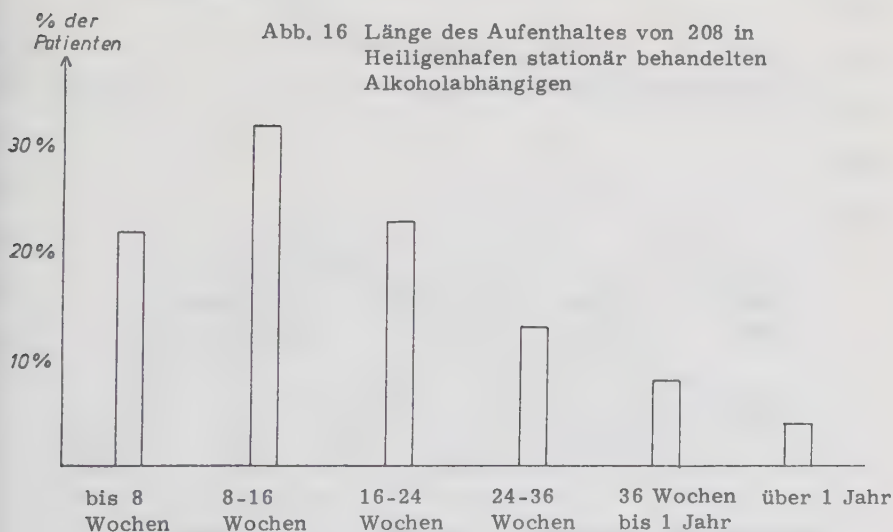
Abb. 15 Verteilung der Patienten
auf die einzelnen Ent-
ziehungskuren und das Ver-
hältnis von Zwangseinge-
wiesenen zu freiwillig
Eingewiesenen



B. Kurdauer

Für ein gutes Fünftel der Patienten dauerte der Aufenthalt nicht länger als 8 Wochen, ein knappes Drittel blieb nicht länger als 16 Wochen. Für 23 % der Patienten dauerte die Kur zwischen 16 und 24 Wochen, für 13 % zwischen

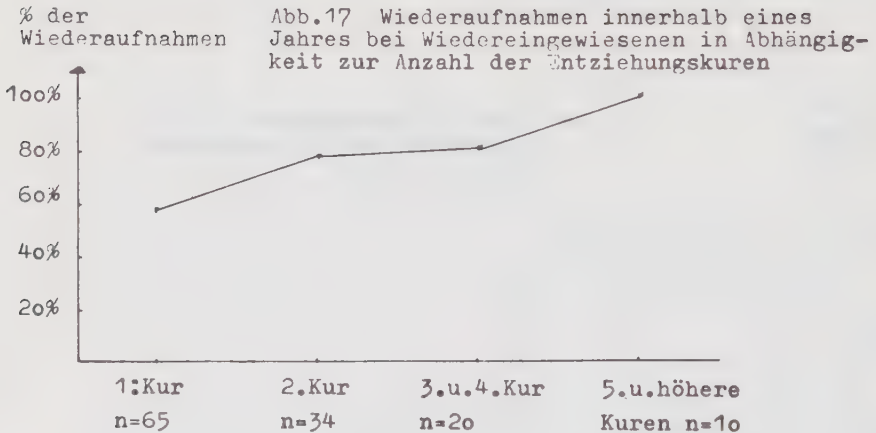
24 und 36 Wochen. Länger als 36 Wochen, aber nicht länger als ein Jahr, blieben 8 % aller Patienten, 4 % blieben länger als ein Jahr. (Abb.16) Deutlich ergibt sich aus der Aufteilung der Verweildauer nach Kuren, daß im Mittel die Kuren um so länger dauerten, je öfter die Patienten zur Kur kamen. (Tab.21)



C. Beziehungen zwischen Kuranzahl und neuerlicher Kur

Es kann gesagt werden, daß eine erneute Aufnahme um so schneller erfolgt, desto mehr Kuren ein Patient schon gemacht hat. (Abb.17) Nach der ersten Kur wurde bei den Wiedereingewiesenen bei 59 % der Patienten innerhalb eines Jahres eine erneute Aufnahme erforderlich (Tab.22a), nach der zweiten Kur aber schon bei 77 % (Tab.22b), nach der dritten und vierten Kur bei 80 % (Tab.22c). Bei den Patienten, die zur fünften oder einer höheren Kur kamen,

wurden innerhalb eines Jahres alle Patienten wieder eingewiesen. (Tab.22d)

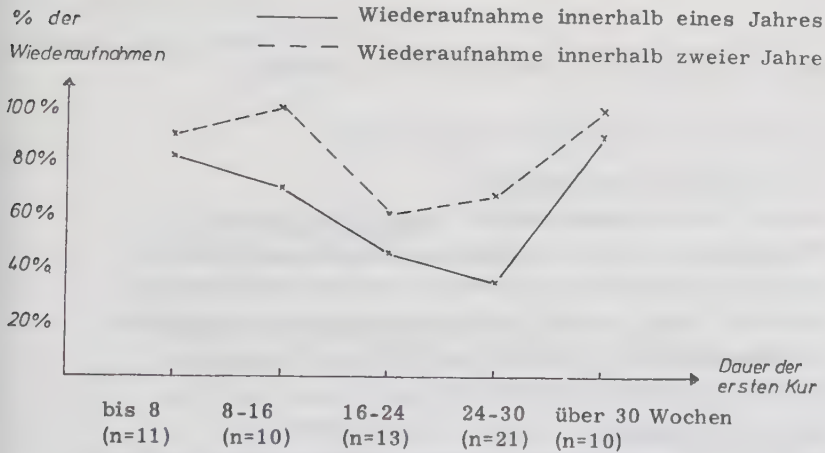


D. Beziehungen zwischen der Kurdauer und neuerlicher Kur

Bei Patienten, die zum zweiten Male eingewiesen wurden, ließ sich folgendes feststellen: dauerte die erste Kur nicht länger als vier Monate, wurde bei über dreiviertel der Patienten noch innerhalb eines Jahres die Wiederaufnahme erforderlich. Innerhalb zweier Jahre waren 95 % der Patienten wieder in stationärer Behandlung. Dauerte die erste Kur vier bis sechs Monate, wurden innerhalb eines Jahres 46 % der Patienten wieder aufgenommen, innerhalb zweier Jahre 62 %. Bei einer Kurdauer zwischen sechs und siebeneinhalb Monaten wurde ein Drittel der Patienten inner-

halb zweier Jahre. Bei einem Kuraufenthalt über sieben-
einhalb Monate wurden die Ergebnisse wieder sehr schlecht.

Abb. 18 Abhängigkeit zwischen der Länge der ersten Entziehungs-
kur und der erneuten Einweisung bei Patienten, die wieder-
holt stationär behandelt worden sind



Bei 90 % der Patienten wurde eine Wiedereinweisung inner-
halb eines Jahres und bei allen Patienten innerhalb zweier
Jahre erforderlich. (Abb.18 und Tab.22a, 22e)

Bei den Patienten, die zum wiederholten Male aufgenommen
wurden, ergab sich ebenfalls, daß diejenigen am günstigt-
sten abschnitten, deren vorausgegangene Kur zwischen sechs
und siebeneneinhalb Monate gedauert hatte: 58 % der
Patienten wurde innerhalb zweier Jahre wieder eingewiesen.
(Tab.22b, 22c, 22d, 22e) Bei einer Kurdauer von weniger

als vier Monaten ist eine Wiederaufnahme bei fast 90 % der Patienten schon innerhalb eines Jahres und bei 96 % innerhalb zweier Jahre erforderlich. Bei einer Kurdauer von vier bis sechs Monaten wurden 88 % der Patienten nach zwei Jahren wieder eingeliefert. Dauerte die Kur über siebeneinhalb Monate, wurden die Ergebnisse wie bei den Erstkurigen wieder sehr schlecht: über 85 % der Patienten wurde innerhalb eines Jahres wieder eingewiesen.

5. Befund bei Beginn der stationären Behandlung

A. akute körperliche und psychische Befunde

a. starke Entziehungssymptome

Starke Entziehungssymptome zeigten 35 % aller Patienten. Bei den Patienten, die zum ersten Male zur Entziehungskur eingewiesen wurden, war der Prozentsatz nicht wesentlich anders als bei denjenigen, die zum wiederholten Male stationär aufgenommen wurden. (Abb.19 und Tab.23)

b. Delirium tremens

Ein Delir trat bei 17 % der Patienten auf. (Abb.19)
Unterschiede zwischen den einzelnen Kuren gab es nicht. (Tab.24)

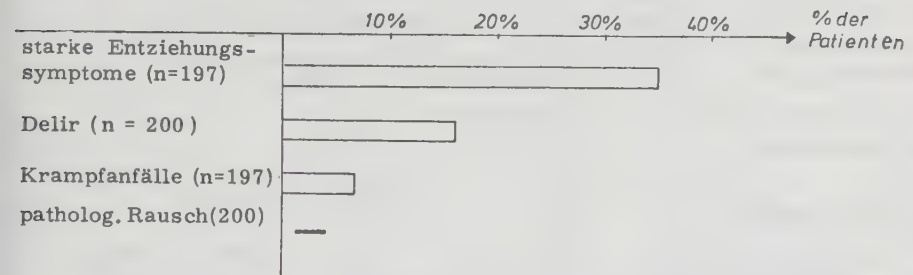
c. Krampfanfälle (Entziehungsanfälle)

Generalisierte Krampfanfälle traten bei 13 Patienten auf. (Abb.19 und Tab.25)

d. Pathologischer Rausch

Einen pathologischen Rausch hatte keiner der erfaßten Patienten. (Abb.19)

Abb. 19 Akute körperliche und psychische Befunde bei Beginn der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen



e. Alkoholhalluzinose

Eine Alkoholhalluzinose bekamen zwei Patienten.
(Abb.20)

f. Behandlungsbereitschaft bei Kurbeginn

Einsicht in die Notwendigkeit einer Entziehungskur und die Bereitschaft zur Behandlung zeigten ungefähr 40 % der Patienten. (Abb.20 und Tab.26)

g. Kritikfähigkeit zu Beginn der Kur

Die Kritikfähigkeit war bei insgesamt 74 % der Patienten reduziert. (Abb.20) Bei Lehrkurigen lag der Prozentsatz etwas höher. (Tab.27) Eine reduzierte Kritikfähigkeit wurde bei den Patienten angenommen, bei denen die Einsicht in Zusammenhänge, die zu dieser Situation geführt haben, erschwert war und irgendeine Verantwortlichkeit des Patienten generell abgelehnt wurde.

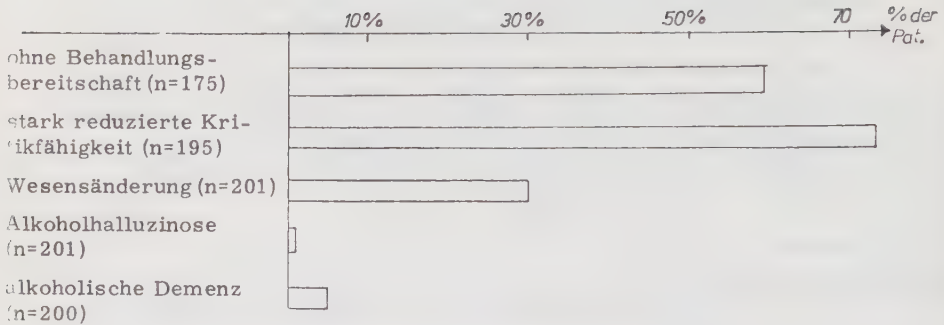


Abb. 20 Befunde bei Beginn der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen

h. Persönlichkeitsveränderung

Die Diagnose der Persönlichkeitsänderung wurde bei 30 % der Patienten gestellt. (Abb.20) Bei den Erstkurigen war es ein Viertel der Patienten, bei den Mehrkurigen deutlich mehr als ein Drittel. (Tab.28)

i. Demenz

Alkoholische Demenz zeigten 17 Patienten. (Abb.20) Deutliche Unterschiede gab es nicht zwischen den einzelnen Kuren. (Tab.29)

B. interne Aufnahmebefunde

a. Gewicht

Das Gewicht der Patienten wurde mit der Gewichtstabelle verglichen, die nach dem Statistical

Bulletin der Metropolitan Life Insurance Company errechnet wurde.

Danach waren bei der Aufnahme 44 % der Patienten untergewichtig, 26 % normalgewichtig und 30 % übergewichtig. Bei der Entlassung hatten 20 % der Patienten Untergewicht, 30 % Normalgewicht und 50 % Übergewicht.

(Abb.21 und Tab.30)

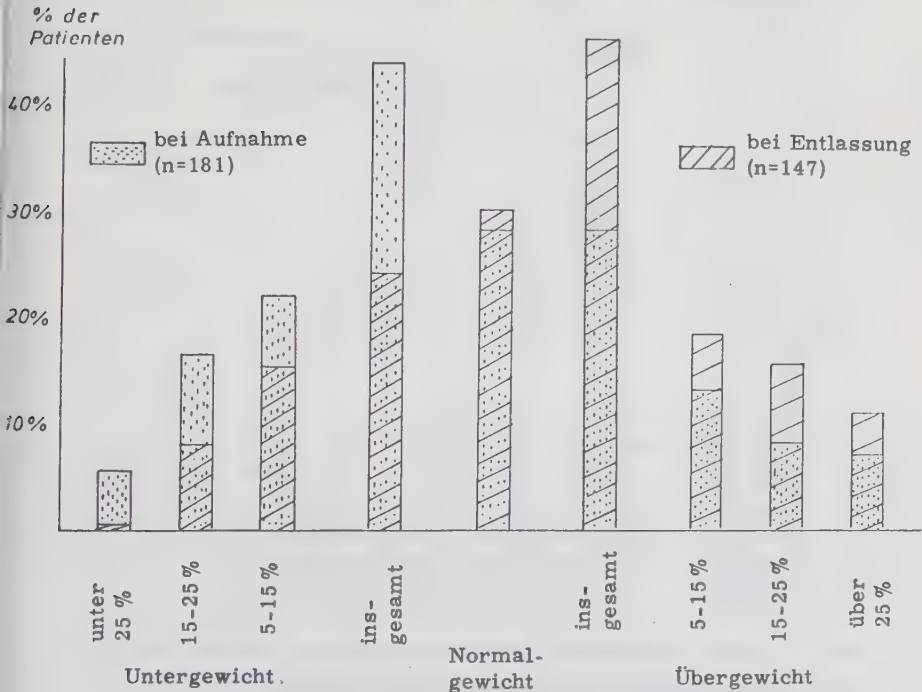


Abb. 21 Die Gewichtsverteilung von stationär behandelten Alkoholabhängigen bei Aufnahme und Entlassung

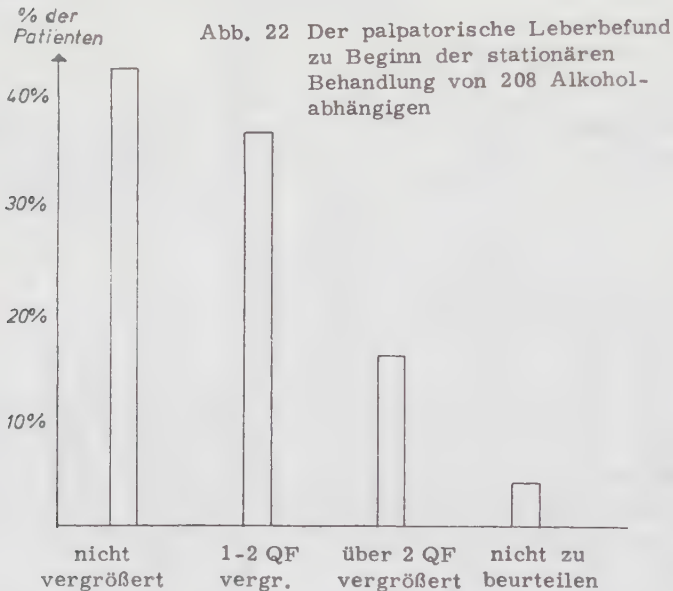
b. Blutdruck

Der Blutdruck war bei der Aufnahme bei 65 % aller Patienten normal, bei 28 % erhöht und bei 5 % stark erhöht. Vier Patienten hatten zu niedrigen Blutdruck. (Tab.31) Als Normalwert wurde ein Blutdruck

von weniger als 150/95 mm Hg genommen. Stark erhöht galt ein Blutdruck der über 200/140 mm Hg hoch war.

c. Leber

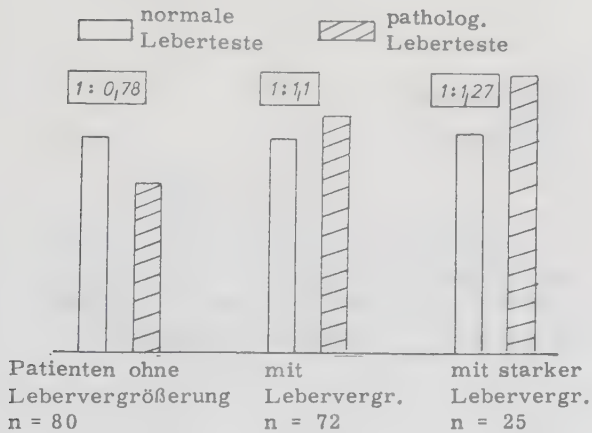
Die klinische Untersuchung der Leber ergab bei 37 % der Patienten eine Vergrößerung von 1-2 QF und bei 16 % eine Vergrößerung von mehr als 2 QF (Abb.22) Die Aufteilung nach einzelnen Kuren zeigt Tabelle 32.



Bei Patienten mit einer Lebervergrößerung fielen die Leberteste (Bilirubin/Serum, Mancke-Sommer, Urobilinogen/Urin) nicht sehr viel häufiger pathologisch aus als bei den Patienten ohne Lebervergrößerung. (Abb.23 und Tab.33)

Keine Lebervergrößerung und keine pathologischen Leberteste zeigte nur ein Fünftel aller Patienten.

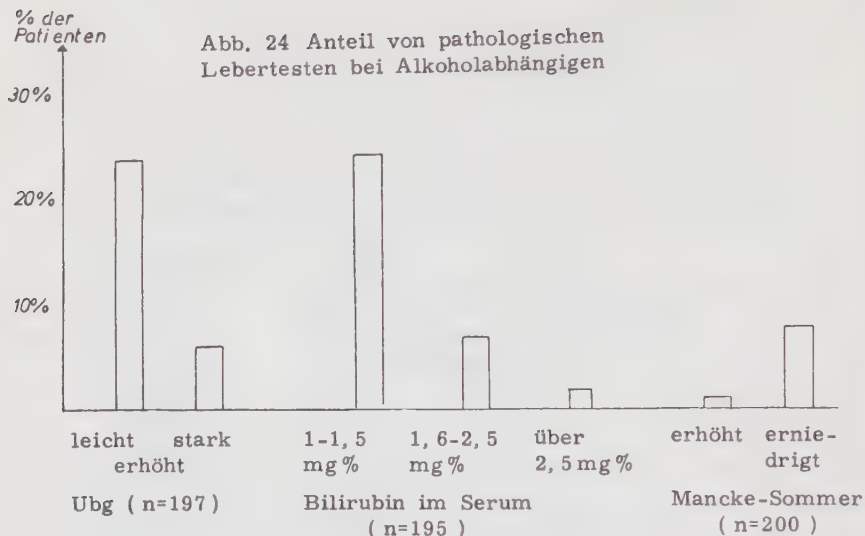
Abb. 23 Verhältnis von normalen und pathologischen Lebertesten in Beziehung zum klinischen Leberbefund



Bei der Aufnahme war das Bilirubin / Serum bei über einem Drittel der Patienten erhöht: zwischen 1 - 1,5 mg% bei 24 % der Patienten, zwischen 1,6 und 2,5 mg% bei 7 % der Patienten und über 2,5 mg % bei 3 % der Patienten. (Abb.24) Bei der Entlassung hatte nur ein Patient einen erhöhten Bilirubinwert im Serum. (Tab.34)

Die Werte des Testes nach Mancke-Sommer waren bei zwei Patienten bei der Aufnahme erhöht, bei 15 dagegen erniedrigt. (Normalwert: 75 - 125 mg %) Bei der Entlassung waren die Werte dieses Tests bei 18 Patienten erniedrigt (Abb.24 und Tab.35)

Das Urobilinogen war bei der Aufnahme bei 58 Patienten im Urin vermehrt, bei der Entlassung bei keinem. (Abb.24 und Tab.36)



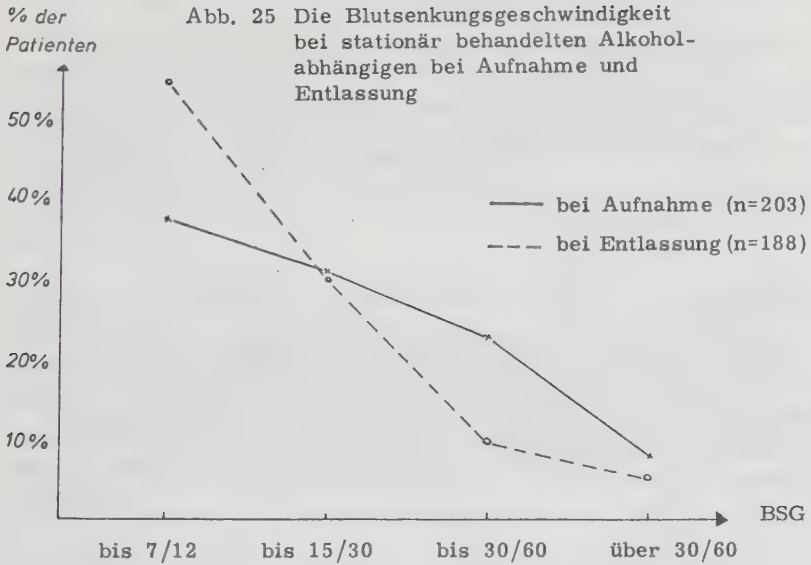
Bei der Hälfte der Patienten lagen alle drei Leberteste im Normbereich. (Tab.37)

d. Leucocyten

Die Leucocyten waren bei der Aufnahme bei 62 % aller Patienten normal, d.h. zwischen 5000 und 8000/cmm. 34 % der Patienten hatte eine vermehrte Anzahl (zwischen 8 und 20 000 / cmm) und bei drei Prozent waren die Leucocyten noch stärker vermehrt. (Tab.38)

e. BSG

Die BSG war bei der Aufnahme bei 63 % aller Patienten erhöht, bei der Entlassung bei 45 %. Der Anteil der stark erhöhten BSG war bei der Aufnahme wesentlich größer als bei der Entlassung. Als normal wurde eine Senkung bis 7 / 12 angesehen. (Abb.25 und Tab.39)



f. Polyneuropathien

Insgesamt wurden bei 18 % der Patienten Polyneuropathien nach der Definition von ERBSLÖH (4) diagnostiziert, bei den mehrkurigen Patienten etwas häufiger. (Tab.39a).

6. Kurverhalten

A. Einordnung in die Kur

Nicht eingeordnet in das Stationsleben während der Kur waren 20 % aller Patienten. (Abb.26) Zum Maßstab wurde das Ausmaß der vom Patienten verursachten nicht begründeten Störungen auf der Station genommen. Erst- und Mehrkurige zeigten in ihrem Verhalten in diesem Punkte keine Unterschiede. (Tab.40)

B. Urlaub

Urlaub bekam ein gutes Drittel der Patienten (37 %): einmaligen Urlaub 23 %, zweimaligen 9 % und mehr als zweimal bekamen 6 % der Patienten Urlaub. Es gab keine deutlichen Unterschiede bei den einzelnen Kuren. (Tab.41)

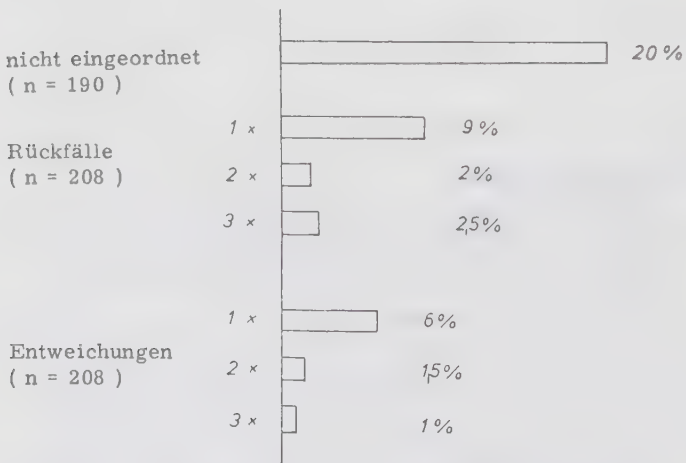


Abb. 26 Einordnung in die Kur, Rückfälle während der Kur und Entweichungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen

Zwischenfälle während des Urlaubs gab es bei 21 % der Urlaubsfälle bei denjenigen, die einmal Urlaub bekamen, bei 8 % der Urlaubsfälle bei denjenigen, die zweimal Urlaub bekamen und bei weniger als 8 % der Urlaubsfälle bei denen, die dreimal und häufiger beurlaubt wurden. Bei einmaligem Urlaub gab es mehr Zwischenfälle bei Erstkurigen, bei mehrmaligem Urlaub mehr Zwischenfälle bei Mehrkurigen. (Tab.41)

C. Rückfälle

Beobachtete Rückfälle während der Kur gab es bei insgesamt 28 Patienten: einen Rückfall hatten 19, zwei Rückfälle 4 und drei und mehr Rückfälle 5 Patienten. (Abb.26) Bei den Mehrkurigen kam deutlich häufiger ein Rückfall vor: Bei den Erstkurigen bekamen knapp 10 % der Patienten einen Rückfall, bei den Mehrkurigen aber über 20 % (Tab.42).

D. Entweichungen

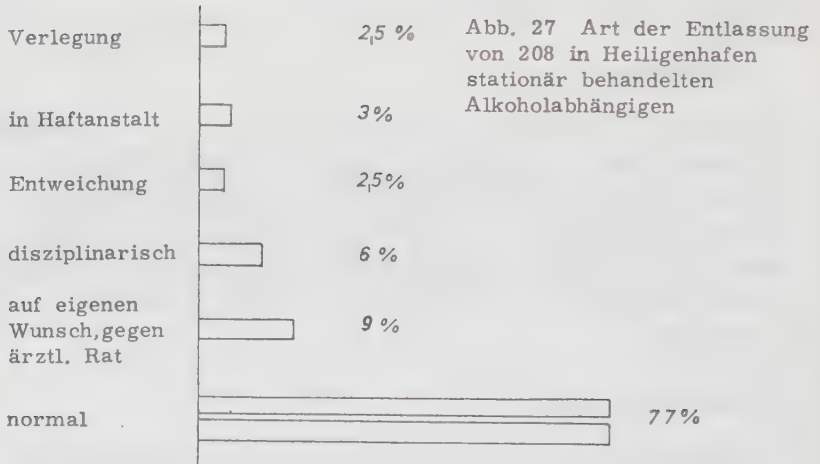
Entweichungen gab es bei 18 Patienten: 13 Patienten entwichen einmal, 3 Patienten zweimal und 2 Patienten dreimal und häufiger. (Abb.26) Die Mehrkurigen waren deutlich häufiger an den Entweichungen beteiligt. Der Prozentsatz lag bei den Erstkurigen bei 6 %, bei den Mehrkurigen aber bei 13 %. (Tab.43)

E. Entlassungsart

Normal entlassen wurden 80 % aller Patienten. Darin enthalten sind die 7 Patienten, die direkt im Anschluß an die Entziehungskur in eine Haftanstalt entlassen wurden.

Gegen ärztlichen Rat oder (und) auf eigenen Wunsch verließen 18 Patienten die Klinik. Auf eine andere

Station wurden 5 Patienten verlegt. Aus disziplinarischen Gründen wurden 12 Patienten entlassen, 5 Patienten verließen die Klinik eigenmächtig. (Abb.27 und Tab.44)



VI. Diskussion

Bei der Betrachtung der Altersverteilung der Patienten fällt die geringe Zahl der Patienten unter 25 Jahre auf. Das scheint im Widerspruch zu stehen mit der zunehmenden Verbreitung des Alkohols unter Jugendlichen. (19 S.39) Ursachen für die geringe Zahl von Alkoholabhängigen in Heiligenhafen könnten folgende sein:

1. Bei jungen Menschen kommt der akute Rausch und der Alkoholabusus weit häufiger vor als eine echte Abhängigkeit, auf die sich diese Arbeit bezieht.
2. Ein Alkoholabhängiger wird in der Regel erst nach mehreren vergeblichen Therapieversuchen an anderer Stelle in ein Landeskrankenhaus eingewiesen, so daß von der Entwöhnungsklinik in Heiligenhafen die Patienten meist nicht im Frühstadium ihrer Erkrankung erfaßt werden.

Erschreckend hoch ist die Anstaltsbedürftigkeit von Patienten zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr. Das Alter von über der Hälfte aller Patienten lag in diesem Bereich.

Bei der Aufteilung der Patienten nach ihren Berufen fällt der geringe Anteil der Bauarbeiter auf. Der Prozentsatz der Angestellten und Beamten ist dagegen höher als erwartet. Weniger Patienten als erwartet waren Seeleute oder im Gaststättenbereich tätig. Ganz wenige Patienten kamen aus dem Bereich der Landwirtschaft.

Zwei Drittel der Patienten waren bei der Einweisung in die Entwöhnungsklinik arbeitslos. Bei der Entlassung hatte noch ein gutes Drittel keine Arbeit. Vielen Patienten konnte während der Kur eine Arbeitsstelle vermittelt werden, aber der Anteil der Arbeitslosen ist bei der Entlassung immer noch sehr hoch. Es erscheint unbedingt notwendig, diesen Patienten in einem umfassenderen Rahmen zu helfen, als es bisher geschehen ist. Es muß den Patienten geholfen werden, Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle

zu vermindern und so eine mögliche Entlassung zu vermeiden. (siehe auch LANGEN 12 S.355) Die Chance der Rückfallfreiheit ist ohne eine Arbeitsstelle weitaus geringer.

Ein Fünftel der Patienten blieb insgesamt ohne Berufsausbildung. Patienten, die zum wiederholten Mal eingewiesen wurden, begannen in deutlich geringerem Maße eine Berufsausbildung, brachen eine begonnene aber seltener ab. Eine Erklärung für diesen Tatbestand haben wir nicht finden können.

Sehr viele Patienten waren nicht mehr in ihrem gelernten Beruf tätig. So arbeiteten von den erstkurigen Patienten noch die Hälfte im gelernten Beruf, von den mehrkurigen Patienten nur noch ein knappes Drittel.

Von diesen Zahlen bleibt leider ungeklärt, wie weit allein der Alkohol ursächlich in jedem einzelnen Fall zum Berufswechsel geführt hat. Der Erwartung entspricht, daß die Mehrkurigen weit häufiger nicht mehr in ihrem gelernten Beruf arbeiteten: Der Integrationsprozeß der Patienten wird nach jeder Kur schwieriger.

Ein Ausdruck dieser Tatsache ist auch der Befund, daß die mehrkurigen Patienten doppelt so häufig keinen festen Arbeitsplatz haben wie die Erstkurigen.

Der Anteil der Berenteten war sehr hoch im Vergleich zum Durchschnittsalter der Patienten. Der starke Anstieg der Berentung während der Kur ist durch die oftmals erstmalige Erfassung des gesundheitlichen Zustandes der Patienten bedingt. Die Zunahme der Berentung bei den Mehrkurigen ist verständlich, da die gesundheitlichen Schäden in der Regel in dieser Gruppe größer sind.

40 % aller Patienten waren vorbestraft. Es wurde nicht untersucht, wie viele Delikte unter Alkohol verursacht wurden. Die Anzahl der Delikte war bei den Mehrkurigen deutlich größer. Darüber hinaus gab es eine auffällige

Deliktsverschiebung zwischen den Erst- und Mehrkurigen: Bei den Erstkurigen überwogen die Verkehrsdelikte, bei den Mehrkurigen die Eigentums- und Körperverletzungsdelikte. Die Verkehrsdelikte nehmen bei den Mehrkurigen wohl deshalb so stark ab, weil sehr vielen von ihnen der Führerschein entzogen wurde. Die Zunahme der Eigentums- und Körperverletzungsdelikte ist wohl auf das Absinken des sozial-ethischen Empfindens und die stärkere hirnorganische Nivellierung zurückzuführen.

Die Zahl der Entmündigten ist sehr hoch, sie erhöht sich ganz stark bei den Mehrkurigen. Wenn es auch stimmt, daß sozial eingeordnetes Verhalten und geistig-körperliches Intaktsein bei den Patienten, die zu einer wiederholten Kur kommen, in der Regel stärker abgenommen haben als bei den Erstkurigen, so läßt sich die hohe Zahl der Entmündigten in dieser Gruppe nicht allein dadurch erklären. Es scheint so zu sein, daß Patienten, die mehrere Male in einer Entwöhnungsklinik waren, allein durch diesen Umstand sehr viel schneller entmündigt werden. Die Kurhäufigkeit sollte aber nicht das entscheidende Kriterium für eine Entmündigung sein.

Entmündigungen während der Kur gab es ganz wenige. In Heiligenhafen ist man mit der Befürwortung einer Entmündigung sehr zurückhaltend, weil die Entmündigung in den meisten Fällen wenig Erfolg verspricht. Der größte Teil der Patienten wird einem Sammelvormund zugesprochen, der dann bis zu 100 Mündel zu "betreuen" hat. Andererseits ist die Entmündigung ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeit und belastet die Patienten oft schwer. Deshalb wird in dieser Klinik nur nach reichlicher Überlegung eine Entmündigung befürwortet, falls ein guter Vormund vorhanden ist.

Die Genese der Alkoholabhängigkeit ist in der Regel multifaktoriell. Bei der Untersuchung der Trinkursache war in vielen Fällen eine Zuordnung zu einer der unten

genannten Gruppen nicht möglich. Die Einordnung in die aufgeführten Gruppen bedeutet nicht, daß die Alkoholabhängigkeit ausschließlich auf diese Ursache zurückzuführen ist. Sie besagt lediglich, daß diese Ursache deutlich im Vordergrund steht. Bei einem Fünftel der Patienten waren die sozial tolerierten Trinkgewohnheiten der Umwelt die bedingende Ursache. Hieraus ergibt sich die große Bedeutung der Umwelt im Rahmen der Suchtstoffabhängigkeit. Es werden hier Verhaltensmuster konditioniert, die in die Suchtstoffabhängigkeit einmünden. Diese Tatsache muß bei allen Bemühungen um die Alkoholabhängigen berücksichtigt werden.

Bei nur 5 % aller Patienten waren abnorme Trinkgewohnheiten der Umwelt die Ursache der Alkoholabhängigkeit. Diese Zahl ist wesentlich kleiner als die obengenannte. Die "normalen" Trinkgewohnheiten der Umwelt führen nach diesen Ergebnissen weit mehr zur Alkoholabhängigkeit als die sozial nicht mehr tolerierten.

Neurotisch war bei einem knappen Drittel die Abhängigkeit bedingt. Sehr viel häufiger war diese Ursache bei den Erstkurigen. Das liegt daran, daß eine Neurose als Ursache des Trinkens eine bessere Therapiemöglichkeit bietet als die Abhängigkeit anderer Genese. So sind die neurotischen Trinker nicht mehr so häufig bei den Wiedereingewiesenen vertreten.

Im Gegensatz zu dieser Gruppe stehen die Patienten, bei denen eine Alkoholabhängigkeit auf Grund ihrer abnormen Primärpersönlichkeit besteht. Hier ist die Prognose wenig günstig, und so gehören die Hälfte aller Mehrkurigen dieser Gruppe an, während es bei den Erstkurigen nur ein Fünftel ist. Eine symptomatische Abhängigkeit bestand bei den Erst- und Mehrkurigen gleich häufig. Hier sollte die Therapie der Grundkrankheit im Vordergrund stehen.

Die Dauer der Abhängigkeit vor Kurbeginn war schwer

festzustellen. Es zeigte sich, daß bis zu einer Behandlung meist doch Jahre vergehen. Die Patienten müssen oft erst sozial auffällig werden, bis eine weitergehende Betreuung einsetzt. Eine bessere Aufklärung der Bevölkerung und eine frühzeitige Erfassung und Behandlung der Patienten könnte in vielen Fällen eine Alkoholabhängigkeit vermeiden oder die Prognose bessern. Über Möglichkeiten der Bevölkerungsaufklärung berichtet u.a. BURGESS (2 S.244), über Maßnahmen zur Früherfassung ROTTER (18).

Bei der Untersuchung der Trinkform zeigte sich, daß weit- aus die meisten Patienten nicht alleine, sondern in Ge- sellschaft trinken. Der große konditionierende Einfluß der Umwelt wird auch hier deutlich. Es wird sichtbar, wie wichtig die Einbeziehung einer Aufklärung der Bezugs- personen der Patienten ist. Eine ausführliche Darlegung dieses Problems hat NEULANN gegeben (13).

Die Untersuchung der Getränkeart zeigte zum Teil ganz erhebliche Differenzen zu anderen Untersuchungen. So fand M.ROCH (17) unter 1000 Alkoholikern, die an der Univer- sitätsklinik in Genf untersucht worden sind, 48,7 % Weintrinker. Wein wurde von unseren Patienten ganz erheb- lich weniger getrunken, einen reinen Weintrinker gab es überhaupt nicht.

Bei der Betrachtung der Verweildauer der Patienten ergibt sich, daß rund die Hälfte der Patienten nicht länger als 16 Wochen in Heiligenhafen war. In den meisten Fällen brachen die Patienten die Entziehungskur vorzeitig ab. Das gilt besonders für zwangseingewiesene Patienten, die in der Regel für sechs Wochen eingewiesen werden, dann aber einen längeren Aufenthalt in der Klinik nicht ein- sehen. Da eine Entziehungskur gegen den Widerstand des Patienten von vornherein wenig Erfolg verspricht, wird in der Heiligenhafener Klinik nur in ganz wenigen Fällen eine Verlängerung der Zwangseinweisung befürwortet.

Erwartungsgemäß dauerte eine Entziehungskur um so länger, je häufiger die Patienten zur Aufnahme kamen. Mit zunehmender Kurzahl wird ein Resozialisierungsversuch auf Grund der stärkeren geistigen und körperlichen Schäden immer schwerer. Darüber hinaus zeigen Patienten, die zu einer wiederholten Kur kommen in stärkerem Maße Störungen ihrer Primärpersönlichkeit als Erstkurige.

Eine Untersuchung des Zeitabstandes zwischen den einzelnen Entziehungskuren brachte folgendes Ergebnis: Nach der ersten Entziehungskur erfolgte die Wiederaufnahme bei rückfälligen Patienten bei über der Hälfte schon innerhalb eines Jahres. Nach der zweiten Kur erfolgte die Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres schon bei 75 % der rückfälligen Patienten. Bei den Patienten, die mehr als zwei Entziehungskuren gemacht hatten, erfolgte die Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres bei über 80 %.

Diese Zahlen sind alarmierend und haben u.a. folgende Gründe:

1. Für viele Patienten ist die Entziehungskur zu kurz
(über die Hälfte der Patienten sind zwangsweise eingewiesen, dann aber nicht bereit, freiwillig die Entziehungskur zu verlängern).
2. Mangelnde intensive Therapiemöglichkeiten
(Personalmangel, völlig unzureichende Räumlichkeiten)
3. mangelhafte nachgehende Fürsorge
4. Behandlung weit ab vom Wohnort
(keine Nachtklinik, kein Kontakt zum Arbeitgeber, keine Einbeziehung der Familie in die Behandlung).

Einige Einrichtungen haben z.T. günstigere Ergebnisse. Sie arbeiten aber unter prognostisch günstigeren Bedingungen, indem sie z.B. nur bestimmte Patientengruppen aufnehmen (Freiwillige) oder die Möglichkeit zur ambulanten Nachbetreuung haben.

Aus einer Korrelation zwischen Kurdauer und neuerlicher Aufnahme ergibt sich folgendes: Die günstigste Kurdauer liegt zwischen 6 und 7 1/2 Monaten. Damit bestätigt sich die überwiegend vertretene Meinung, daß eine Alkoholentziehungskur mindestens ein halbes Jahr dauern muß.

Wie weit sich bei einer optimalen Entziehungskur mit vielen Therapie- und Resozialisierungsmöglichkeiten die Kurdauer verkürzen läßt, bleibt in dieser Untersuchung offen.

Eine Untersuchung der Einweisungsstelle zeigte, daß 60 % der Patienten über amtliche Stellen, nur 20 % über den Hausarzt zur Aufnahme kommen. Dies scheint ein Ausdruck der mangelnden Aufklärung, der zu späten Erfassung und der ungenügenden nachgehenden Fürsorge zu sein. Die meisten Patienten werden erst dann beraten und behandelt, wenn sie sozial auffällig geworden sind. Eine rechtzeitige Behandlung und eine intensivere Betreuung würden hier sicherlich mehr Erfolg bringen. Das oben Gesagte unterstreicht der erschreckend hohe Anteil der Zwangseingewiesenen in unserem Patientengut. Mehr als die Hälfte aller Patienten werden durch richterlichen Beschluß eingewiesen.

Die soziale, insbesondere die familiäre Situation war bei einem sehr großen Teil der Patienten gestört. Die Hälfte der Patienten zeigte sozial unangepaßtes Verhalten, stark sozial unangepaßt waren 14 % der Patienten. Ebenfalls bei der Hälfte der Patienten traten Störungen an ihrer Arbeitsstelle auf. Bei 60 % der Patienten ergaben sich schwere Störungen der Familiensituation, über ein Drittel aller geschlossenen Ehen wurde geschieden.

Diese Ergebnisse beruhen auf primären Schwierigkeiten der Patienten in der sozialen Anpassung und im zwischenmenschlichen Bereich, andererseits sind es aber auch Folgeerscheinungen der Alkoholabhängigkeit.

Zu diesem Punkt sagt FEUERLEIN (5) " eine weitere Aufgabe für die Zukunft ist es, die sozialen Bedingungen

so zu ändern, daß ihr Anteil am Bedingungsgefüge des Alkoholismus zurückgeht."

Ernsthafte Selbstmordversuche begannen 11 % der Patienten vor der Aufnahme zur stationären Behandlung, die Hälfte zum wiederholten Male. Deutlich häufiger versuchten die Mehrkurigen sich das Leben zu nehmen. Der Suicid geschieht hier wohl teils als Ausdruck der gescheiterten Existenz im Sinne eines Bilanzselbstmordes, teils durch depressive Verstimmungen im Rahmen der Alkoholabhängigkeit. Bei Kurbeginn war die Behandlungsbereitschaft bei 60 % der Patienten eingeschränkt, die Kritikfähigkeit bei 75 % reduziert. Persönlichkeitsveränderungen zeigten bereits 30 % aller Patienten.

Wie wichtig eine rechtzeitige Behandlung ist ergeben diese Zahlen. Während der Entziehungskur ist eine individuelle und intensive psychische Behandlung notwendig.

Bei der Aufnahme standen der stark reduzierte Allgemeinzustand und die Leberstörungen im Vordergrund. So hatten 44 % der Patienten bei der Aufnahme Untergewicht. Bei der Entlassung waren es deutlich weniger. Der Blutdruck war bei der Aufnahme bei einem Drittel zu hoch, bei der Entlassung bei fast allen wieder normal. Starke Abweichungen der Leucocytenzahlen blieben selten, ebenfalls hohe BSG-Werte.

Die Leber war bei über der Hälfte der Patienten vergrößert, und ebenfalls über die Hälfte der Patienten zeigte pathologische Leberteste. Nur ein Fünftel der Patienten hatte keine Lebervergrößerung und keine pathologischen Leberteste. Allein durch das Absetzen des Alkohols gingen nach kurzer Zeit (2 - 3 Wochen) die Lebervergrößerungen zurück. Die Ergebnisse der Leberteste wurden ebenfalls in dieser Zeit bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle normal.

Erstaunlich erscheint, daß sich nur wenige Patienten nicht

in das Stationsleben einfügen konnten, obwohl Zwangseingewiesene, Dissoziale, Depraviierte, Intelligente, Alkohol- und Medikamentenabhängige auf engstem Raum zusammenlebten.

So war auch die Zahl derer, die aus disziplinarischen Gründen entlassen wurden, relativ gering.

Beurlaubt konnten die Patienten nur wenig werden, da die Entfernungen zu ihren Angehörigen in der Regel sehr groß und die Zwischenfälle deshalb recht häufig waren.

Die Zahl der Entweichungen war relativ gering, obwohl die Entwöhnungsklinik keine geschlossene Einrichtung ist. Auch diese Erfahrung spricht für die " Öffnung " der Anstalten.

Wie oben erwähnt, wurden nur wenig Patienten disziplinarisch entlassen. Auch gegen ärztlichen Rat und auf eigenen Wunsch verließen nur wenig Patienten die Klinik. Diese Zahl ist aber sicher zu gering. Das liegt zum Teil daran, daß das ärztliche Team in Heiligenhafen äußerst selten auf dem Entlassungsschein diese Entlassungsform angibt, um die Patienten nicht noch in zusätzliche Schwierigkeiten zu bringen.

Es traten immer wieder Rückfälle der Patienten während der Entziehungskur auf. Meistens nahmen die Patienten den Alkohol während ihres Ausganges zu sich. Diese Rückfälle werden aber in Kauf genommen, da die Gewöhnung des Patienten an eine normale Umwelt absolut notwendig erscheint.

Abschließend soll noch einmal kurz zusammengefaßt werden, welche Konsequenzen sich aus den vorliegenden Daten ergeben:

- A. Die Patienten kommen zu spät zur Behandlung. Deshalb
1. Aufklärung der Patienten, ihrer Angehörigen und der Bevölkerung über die Alkoholabhängigkeit.
 2. Abbau der Vorurteile der Patienten und der Bevölkerung gegenüber einer Entwöhnungsklinik.
 3. Rechtzeitige Einweisung auf freiwilliger Grundlage
 4. Schaffung von mehr Beratungsstellen, an die sich die Patienten und deren Angehörige wenden können.
- B. Schwere Störungen traten im psycho-sozialen Bereich auf. Jede erfolgreiche Therapie muß auch hier ansetzen
1. Einbeziehung der Familie (Ehepartner) in die Therapie
 2. intensive psychotherapeutische Behandlung
 3. vor der Entlassung schrittweise Gewöhnung des Patienten an die Umwelt im Sinne einer Nachtklinik
 4. intensive Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitssuche
- C. Während Alkoholgebrauch und Alkoholmißbrauch auch ambulant behandelt werden können, muß die Alkoholabhängigkeit nach dem heutigen Stand der therapeutischen Möglichkeiten stationär behandelt werden. Von einer solchen stationären Behandlung sollte gefordert werden:
1. nicht in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus
 2. möglichst in der Nähe des Wohnortes des Patienten
 3. räumliche Differenzierung der Patienten nach Suchtstoffabhängigkeit und dem Grad der organischen und psychischen Schädigungen.

- C. Grob hirnorganisch Nivellierte und ein Teil der Dissozialen Patienten sollten in einer Entwöhnungsklinik nicht behandelt werden. Für solche Patienten müßten besondere Einrichtungen geschaffen werden, da sie auch in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus nicht sinnvoll aufgehoben sind.
- D. Der Erfolg einer Entziehungskur muß gesichert werden durch:
1. eine ambulante Nachbehandlung in der Entwöhnungsklinik
 2. durch Sozialarbeiter im Außendienst

VII. Zusammenfassung

1. Der Anlaß zu den Untersuchungen war, Daten über die Situation und die vielfältige Symptomatik von Alkoholabhängigen zu erhalten. So wurden 208 männliche Alkoholabhängige, die in der Entwöhnungsklinik Heiligenhafen stationär behandelt wurden, mit Hilfe eines Datenblattes untersucht, das nach Angabe von Krankenblättern ausgefüllt wurde.

Die Patienten wurden in die Entwöhnungsklinik ganz überwiegend durch amtliche Stellen eingewiesen; über die Hälfte der Patienten war zwangseingewiesen.

Die Einweisung erfolgte sehr spät, bei vielen Patienten bestand vor der Einweisung eine jahrelange Abhängigkeit.

Die Hauptaltersgruppen waren die 26 - 35Jährigen und die 36 - 45Jährigen.

Die Patienten zeigten schwere Störungen im psychosozialen Bereich.

40 % der Patienten waren vorbestraft.

Hauptabhängigkeitsformen waren die durch neurotische Störungen bedingte Abhängigkeit und die Abhängigkeit auf Grund einer abnormen "psychopathischen" Primärpersönlichkeit.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten waren Ge-
wohnheitstrinker.

Über die Hälfte der Patienten waren Gesellschafts-
trinker.

Sehr schwerwiegend waren die psychischen Schäden der Patienten.

Der interne Befund trat in den Hintergrund, Lebervergrößerungen und pathologische Leberteste gingen in

den meisten Fällen nach kurzer Zeit zur Norm zurück.

Die Wiedereinweisung von Rückfälligen erfolgte nach der ersten Entziehungskur bei der Hälfte der Patienten innerhalb eines Jahres, bei den Patienten, die nach dritten und häufigeren Entziehungskuren rückfällig wurden, wurden 80 % innerhalb eines Jahres wieder eingewiesen.

Die günstigste Kurdauer lag in der Heiligenhafener Klinik zwischen 6 und 7 1/2 Monaten.

II. Es werden einige Konsequenzen für Prophylaxe und Therapie aufgezeigt.

Aufklärung der Patienten, ihrer Angehörigen und der Bevölkerung über die Alkoholabhängigkeit.

Abbau der Vorurteile der Patienten und der Bevölkerung gegenüber einer Entwöhnungsklinik.

Rechtzeitige Einweisung auf freiwilliger Grundlage.

Schaffung von Beratungsstellen, an die sich die Patienten und deren Angehörige wenden können.

Einbeziehung der Familie (Ehepartner) in die Therapie.

Vor der Entlassung schrittweise Gewöhnung des Patienten an die Umwelt im Sinne einer Nachtklinik.

Intensive Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitssuche.

Eine Entwöhnungsklinik sollte in der Nähe des Wohnortes der Patienten liegen und nicht einem psychiatrischen Landeskrankenhaus angeschlossen sein.

Die räumliche Differenzierung der Patienten nach

Suchtstoffabhängigkeit und nach dem Grad der organischen und psychischen Schädigung sollte in einer Entwöhnungsklinik möglich sein.

Für nicht resozialisierbare Patienten müßten besondere Einrichtungen geschaffen werden.

Der Erfolg einer Entziehungskur muß gesichert werden durch eine ambulante Nachbehandlung in der Entwöhnungsklinik und durch Sozialarbeiter im Außendienst.

VIII. Literaturverzeichnis

1. Bräutigam, W.: Neuere Erfahrungen bei der Behandlung des Alkoholikers. Münch.Med.Wschr. 51, 2699
2. Burgess, R.: Die Alkohol - Erziehung: Ziele und Methoden. Aus Alkohol und Alkoholismus, 27. int.Kongreß Herausgeb.von d.Deutsch. Hauptst. gegen d.Suchtgefahren, Hamm
3. Derwort, A.: Aktuelle Fragen zur Entstehung und Therapie des Alkoholismus. Der Nervenarzt, 30,5, 213-216, 1959
4. Erbslöh, F.: Die polytopen Erkrankungen des peripheren Nervensystems: Polyneuritis - Polyneuropathie. D A, Nr.41, 1969
5. Feuerlein, W.: Der Alkoholismus in sozial-psychiatrischer Sicht. Med. Klin. 62, 1967, 23, 926
6. Habernoll, A.: Das Problem des Alkoholismus. Berichte des Unterausschußes für Alkohol der WHO. Thieme, Stuttg. 1956. Schrift. a. d. Gebiete d. Öff. Gesundheitswesens, Bd.II

22. Windischmann, H.: Zur Problematik stationärer Alkoholentziehungskuren in psychiatrischen Krankenhäusern. Deutsch.Gesundh. 22, 1967, 2239 - 42
23. Drug Dependence: Its Significance and characteristics. Bull.WHO, 32, 721-733, 1965
24. Denkschrift: Die Suchtgefährdung in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). Informationsdienst der Deutsch. Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, H. 5/8, Stade 1969

IX. Tabellen

Tabelle 1

Die Altersverteilung von 208 in Heilgenhafen stationär behandelten Alkoholabhängigen, aufgeteilt nach der Anzahl der Entziehungskuren

		bis 25 Jahre	26-35 Jahre	36-45 Jahre	46-55 Jahre	56-69 Jahre	über 69 Jahre
1. Kur	n=132	3	37	32	30	25	5
2. Kur	n=34	-	13	11	5	5	-
3. Kur	n=22	-	3	7	6	4	2
4.+5. Kur	n=13	-	5	3	1	4	-
6.u.mehr Kuren	n=7	1	2	1	1	2	-
alle Patienten	n=208	4	60	54	43	40	7

Tabelle 2

Die Schulausbildung von 208 in Heilgenhafen stationär
behandelten Alkoholabhängigen, aufgeteilt nach der
Anzahl der Entziehungskuren

	Oberschule	Mittelschule	Volksschule	Sonderschule	ohne Angabe
1. Kur	n = 132	ohne Abschluß 1 mit Abitur 5 niedere Reife 4	ohne Abschluß 6 niedere Reife (mit Ab- schluß) 9	97	5
2. Kur	n = 34	ohne Abschluß. - mit Abitur - mittl. Reife -	ohne Abschluß. 3 mit Abschluß. 5	25	1
3. Kur	n = 22	ohne Abschluß. 1 mit Abitur - mittl. Reife 1	ohne Abschluß. - mit Abschluß. 2	15	1
4.+5. Kur	n = 13	ohne Abschluß. 1 mit Abitur - mittl. Reife -	ohne Abschluß. - mit Abschluß. 1	10	-
6. u. mehr Kuren	n = 7	ohne Abschluß. - mit Abitur - mittl. Reife 1	ohne Abschluß. 1 mit Abschluß. -	4	1
alle Patienten	n = 208	ohne Abschluß. 3 mit Abitur 5 mittl. Reife 6	ohne Abschluß. 10 mit Abschluß. 17	145	8
					14

Tabelle 3

Berufsausbildung von 208 in Heiligenhafen stationär behandelten
Alkoholabhängigen, aufgeteilt nach der Anzahl der Entziehungskuren

	handwerk- lehre	kaufm. lehre	Studium	Fach- schule	Keilner- lehre	Sonst. lehre	Keine lehre	Keine Angaben
1. Kur n=132	mit Abschl. 48 ohne Abschl. 30	mit A. 4 ohne A. 7	mit A. 4 ohne A. -	mit A. 2 ohne A. -	5	5	21	6
2. Kur n=34	mit Abschl. 12 ohne Abschl. 5	mit A. 5 ohne A. 2	mit A. - ohne A. -	mit A. 2 ohne A. -	-	1	5	2
3. Kur n=22	mit Abschl. 5 ohne Abschl. 3	mit A. 2 ohne A. -	mit A. - ohne A. -	mit A. 1 ohne A. -	1	1	8	1
4.+5. Kur n=13	mit Abschl. 5 ohne Abschl. -	mit A. 1 ohne A. -	mit A. - ohne A. -	mit A. - ohne A. -	-	1	4	2
6. u. mehr Kuren n=7	mit Abschl. 1 ohne Abschl. 2	mit A. - ohne A. -	mit A. - ohne A. -	mit A. - ohne A. -	-	2	2	-
alle Pa- tienten n=208	mit Abschl. 71 ohne Abschl. 40	mit A. 12 ohne A. 9	mit A. 4 ohne A. -	mit A. 5 ohne A. -	6	10	40	11

Tabelle 4

Berufe von 208 in Heiligenhafen stationär behandelten Alkoholabhängigen,
 aufgeteilt nach der Anzahl der Entziehungskuren

	Bau- arbei- ter	Arbei- ter (ohne Bau)	Hand- werker	Anges- tellte und Beamte	See- leute	im Gast- stätten- Gewerbe Tätige	Kaufm. Berufe	in der Land- wirt- schaft Tätige	Akade- miker	Sonst. Berufe	Früh- rent- ner	ohne festen Ar- beits- platz	ohne Ange- ben
1. Kur n=132	15	17	27	15	5	5	5	4	3	7	5	21	4
2. Kur n=34	4	-	7	4	2	1	1	-	-	1	1	10	2
3. Kur n=22	1	6	3	1	1	1	-	1	-	1	3	3	1
4.+ 5. Kur n=13	-	4	1	-	1	-	1	1	-	-	-	3	2
6. u. mehr Kuren n=7	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4	-
alle Pa- tienten n=208	21	27	39	20	9	8	7	6	3	9	9	41	9

Tabelle 5

Anteil der arbeitslosen und nicht arbeitslosen Patienten sowie der Rentner bei Beginn der Behandlung und bei der Entlassung

		bei Ankunft				bei Entlassung					
		ja	arbeitslos	nein	Rentner ohne Angabe	ja	arbeitslos post-negati- ve Änderung	nein	Rentner	keine Angabe	
1. Kur	n=132	73	38	15	6	43	19	4	55	22	12
2. Kur	n=34	24	5	3	2	12	6	-	11	5	6
3. Kur	n=22	15	3	3	1	5	6	1	8	5	4
4.+ 5. Kur	n=13	11	1	1	-	1	8	-	8	3	1
6. u. mehr Kuren	n=7	6	1	-	-	4	2	-	2	-	1
alle Patienten	n=206	129	48	22	9	65	41	5	84	35	24

Tabelle 6

Zahl der Rentner bei
Beginn der stationären
Behandlung und bei
Entlassung

	bei Ankunft	bei Entlassung
1. Kur n=132	15	22
2. Kur n=34	3	5
3. Kur n=22	3	5
4.+ 5. Kur n=13	1	3
6.u.mehr Kuren n=7	-	-
alle Patienten n=208	22	35

Tabelle 7

Familienstand von 208 stationär
behandelten Alkoholabhängigen

	verheiratet	geschieden	ledig	verwitwet	ohne Angabe
1. Kur n=132	74	22	23	11	2
2. Kur n=34	13	8	12	1	-
3. Kur n=22	10	5	5	1	1
4.+ 5. Kur n=13	6	7	-	-	-
6.u.mehr Kuren n=7	1	3	3	-	-
alle Patienten n=208	104	45	43	13	3

Tabelle 8

Der Anteil an bestimmten Krankheiten bei
208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	1. Kur n=132	2. Kur n=34	3. Kur n=22	4.+5. Kur n=13	6. und mehr Kuren n=7	Patienten insgesamt n=208
Schädeltrauma	18	7	5	1	1	32
mit Bewußtlosigkeit	11	3	1	-	-	15
ohne Bewußtlosigkeit	6	2	-	-	-	8
mit Hirnschaden	1	-	-	-	-	1
keine genauen Angaben	-	2	4	1	1	8
Anfallsleiden	3	1	-	-	-	4
Hirnhautentzündung	-	1	1	-	-	2
Verwundungen	16	5	1	1	-	23
Amputationen	5	1	1	-	-	7
Frakturen der Extremitäten	14	7	4	2	-	27
Gelbsucht	11	3	-	1	-	15
schwere Magen-Darm Erkrankungen	21	3	4	6	1	35
Magenresektionen	11	2	4	4	-	21
schmerzhaft chron. Erkrankungen	4	3	1	1	-	9
Malaria	5	1	1	1	1	9

Tabelle 9

Die Anzahl der Scheidungen bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	bei Ankunft		verheiratet, vorher		verwitwet, vorher		verheiratet bei der Ankunft,	
	1 x geschie- den	2 x geschie- den	1 x gesch.	2 x gesch.	3 x gesch.	1 x geschieden	1 x geschieden	3 x
1. Kur n=132	21	1	7	-	1	2	3	-
2. Kur n=34	7	1	3	-	-	-	-	1
3. Kur n=22	3	2	-	-	-	1	-	-
4.+ 5. Kur n=13	7	-	-	-	-	-	-	-
6. u. mehr Kuren n=7	3	-	-	-	-	-	-	-
alle Pa- tienten n=208	41	4	10	-	1	3	3	1

Tabelle 10

Störungen im psycho-sozialen Bereich
 bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	1. Kur keine n=132 Angaben	2. Kur keine n= 34 Angaben	3. Kur keine n= 22 Angaben	4.+ 5.Kur keine n= 13 Angaben	6.u.mehr Kuren keine n= 7 Angaben	alle Patienten n=208	keine Ang.					
gestörtes Familienleben	69	7	19	4	11	3	8	2	2	1	109	17
Störungen an der Arbeitsstelle	52	12	21	2	13	2	8	2	4	-	98	18
Berufsabstieg	16	7	6	2	2	3	3	2	3	-	30	14
allgemeiner sozialer Abstieg	27	11	10	2	4	2	5	1	2	1	48	17
leichtes sozial unangepasstes Verhalten	62	2	20	2	8	2	8	1	2	-	100	7
stark sozial unangepasstes Verhalten	-	3	1	2	4	2	2	-	3	-	10	7
Verwahrlosung	7	3	1	2	2	2	2	-	1	-	13	7

Tabelle 11 Suizidversuche bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	1. Kur n = 132	2. Kur n = 34	3. Kur n = 22	4.+ 5. Kur n = 13	6.u.mehr Kuren n = 7	alle Patienten n = 208
vor der Aufnahme						
1 x	4	5	-	1	-	10
2 x	5	2	1	-	-	9
3 x	-	-	-	1	1	2
während der Entziehungskur						
1 x	1	-	-	-	-	1

Tabelle 12 Entzündungen bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	bei Ankunft	bei Entlassung	ohne Angabe
1. Kur n=132	6	7	3
2. Kur n=34	1	5	1
3. Kur n=22	1	11	1
4.+ 5. Kur n=13	2	5	2
6.u.mehr Kuren n=7	-	2	-
alle Pat. n=208	10	30	7

Änderungen während der Entziehungskur:

vorläufig entzündigt - 2 Patienten
 vorläufig entzündigt - 1 Patient
 nicht entzündigt - 1 Patient

Tabelle 13

<u>Anzahl der Vorstrafen bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen</u>						
	1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6. u. mehr Kuren	Patienten insgesamt n= 208
keine Vorstrafe	n=132	n= 34	n= 22	n= 13	n= 7	118
eine Vorstrafe	81	18	11	5	3	118
zwei Vorstrafen	26	5	3	3	-	37
drei Vorstrafen	4	6	1	-	-	11
vier-sechs Vorstrafen	4	5	2	1	1	13
über sechs Vorstrafen	1	-	1	1	2	5
keine Angabe	3	-	2	1	1	7
	13	-	2	2	-	17

Tabelle 14

<u>Art der Delikte bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen</u>						
	1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6. u. mehr Kuren	Patienten insgesamt n= 208
Verkehr	n=132	n= 34	n= 22	n= 13	n= 7	50
Sittlichkeit	36	9	4	1	-	50
Eigentum	4	-	3	4	-	11
Körperverletzung	21	13	11	7	4	56
Widerstand g. Staatsgew.	4	3	1	-	1	9
Land-u. Stadstreichelei	5	4	4	1	1	15
Verletzung d. Unterhaltspflicht	1	-	-	1	-	2
	4	-	-	1	-	5

Tabelle 15

Die auslösende Trinkursache bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	Umwelt bedingt sozial tolerante	abnorme Umwelt	neurotisch bedingt	psycho- pathisch bedingt	sympto- matische Abhängig- keit	nicht zu beurteilen	
1. Kur	n=132	16	3	28	16	12	57
2. Kur	n= 34	5	-	3	6	2	18
3. Kur	n= 22	2	-	2	6	4	8
4.+5. Kur	n= 13	-	2	-	5	-	6
6. u. mehr Kuren	n= 7	-	-	1	2	-	4
Patienten insges.	n=208	23	5	34	35	18	93

Tabelle 16

Trinkertypen bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	ohne Angabe	Trinker mäßige periodische Trinker	Gewohnheits- mäßige Trinker	Wochenend- trinker	Gewohnheits- mäßige Trinker m. leichten u. seltenen Rauschen	Gewohnheits- mäßige Trinker m. starken u. häufigen Rauschen
1. Kur	n=132	21	16	8	43	44
2. Kur	n= 34	1	6	5	6	16
3. Kur	n= 22	3	4	-	2	13
4.+5. Kur	n= 13	-	3	1	1	8
6. u. mehr Kuren	n= 7	-	2	-	1	4
alle Pat.	n=208	25	31	14	53	85

	Einzeltrinker	Gesellschafts- trinker	Einzel- und Gesellschafts- trinker	keine Angabe
1. Kur	n=132	17	35	66
2. Kur	n= 34	1	12	18
3. Kur	n= 22	4	7	11
4.+5. Kur	n= 13	2	3	7
6. u. mehr K.	n= 7	-	1	2
alle Patienten	n=208	24	59	104

Tabelle 16

Art der Getränke, die von 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen
genommen werden

	1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6. u. mehr Kuren	Patienten insgesamt n = 208
Bier	n=132	n= 34	n= 22	n= 13	n= 7	20
Wein	16	2	1	1	-	-
Wermut	-	-	-	-	-	-
Schnaps	-	-	-	-	3	3
Bier u. Schnaps	8	2	1	-	-	11
Bier u. Wein	65	19	12	9	-	105
Wein u. Schnaps	2	3	1	-	1	7
Bier+Wein+Schnaps	2	-	-	-	-	2
Bier+Wein+Schnaps	8	2	-	-	-	10
Bier+Wermut+Schnaps	1	-	2	2	2	7
Wermut u. Schnaps	1	-	-	-	-	1
Bier u. Wermut	1	-	-	-	-	1
Bier+Wein+Wermut	-	-	1	-	1	2
Keine Angaben	28	6	4	1	-	39

Tabelle 19

Einweisungstabelle von 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	Abstinenz- verein	Heuserst	amtlich	Verlegung	selbst	keine Angaben
1. Kur n=132	1	30	69	22	5	5
2. Kur n=34	2	7	20	2	1	2
3. Kur n=22	2	1	17	-	1	1
4.+ 5. Kur n=13	-	3	10	-	-	-
6.u.mehr Kuren n=7	-	2	4	-	-	1
gesamt n=208	5	43	120	24	7	9

Tabelle 20

Art der Einweisung (Zwangseingewiesen - Freiwillig)
bei 208 stationär behandelten Alkoholabhängigen

	Freiwillig	Zwangseingewiesen
1. Kur n=132	58	74
2. Kur n=34	15	19
3. Kur n=22	10	12
4.+ 5. Kur n=13	3	10
6.u.mehr Kuren n=7	4	3
gesamt n=208	90	118

Tabelle 21

Länge der Entziehungskur von 208 in Heilgenhafen
stationär behandelten Alkoholabhängigen

Die Patienten wurden eingewiesen zur:	bis 4 Wo	5-8 Wo	9-12 Wo	13-16 Wo	Länge der Entziehungskur									
					17-20 Wo	21-24 Wo	25-30 Wo	31-36 Wo	37-45 Wo	46 Wo -1 Jahr	1-11/4 Jahr	11/4-11/2 Jahre	über 11/2 Jahre	
1. Kur n=132	16	19	26	18	18	10	10	3	2	4	4	1	1	
2. Kur n=34	2	5	5	6	8	2	2	1	-	2	-	-	1	
3. Kur n=22	-	2	1	4	-	3	3	3	-	5	1	-	-	
4.+5. Kur n=13	-	-	1	2	2	2	2	1	1	2	-	-	-	
6. u. mehr K. n=7	-	-	1	2	1	1	1	1	-	-	-	-	-	
alle Patienten n=208	18	26	34	32	29	18	18	9	3	13	5	1	2	

Tab. 22 a

Zeitabstand zwischen der ersten und zweiten
Entziehungskur bei Wiedereingewiesenen in
Beziehung gesetzt zur Dauer der ersten Entziehungskur

Dauer der 1. Entziehungs- kur	Zeitabstand zwischen der ersten und zweiten Entziehungskur										über 4Jh.
	1 Mo	2-4 Mo	5-8 Mo	9-12 Mo	13-16 Mo	17-20 Mo	21-24 Mo	2-3 Jahre	3-4Jh.		
bis 4 Wo	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	
5-8 Wo	8	1	2	1	-	-	1	-	-	1	
9-12 Wo	6	3	-	-	1	1	-	-	-	-	
13-16 Wo	4	2	1	-	1	-	-	-	-	-	
17-20 Wo	4	-	1	-	-	-	1	-	1	1	
21-24 Wo	9	1	3	-	-	1	-	1	2	3	
25-30 Wo	21	-	4	3	1	4	2	3	1	3	
31-36 Wo	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	
37 Wo - 1 Jahr	4	1	2	1	-	-	-	-	-	-	
über 1 Jahr	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	
gesamt	65	11	13	9	4	6	4	4	4	5	

Tab. 22 b

Zeitraum zwischen der zweiten und dritten Entziehungskur
bei Wiedereingewiesenen in Beziehung gesetzt zur Dauer
der zweiten Entziehungskur

Dauer der 2. Entziehungskur	Zeitraum zwischen der zweiten und dritten Entziehungskur									
	1 Mo	2-4 Mo	5-8 Mo	9-12 Mo	13-16 Mo	17-20 Mo	21-24 Mo	2-3 Jahre	3-4 Jahre	über 4 Jahre
bis 4 Wo	4	1	1	1	-	-	-	-	1	-
5-8 Wo	5	2	1	1	-	1	-	-	-	-
9-12 Wo	4	-	2	-	2	-	-	-	-	-
13-16 Wo	5	-	2	2	1	-	-	-	-	-
17-20 Wo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21-24 Wo	4	1	-	1	1	-	-	-	1	-
25-30 Wo	5	-	1	-	-	-	-	1	2	1
31-36 Wo	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
37 Wo - 1 Jahr	3	1	1	-	1	-	-	-	-	-
über 1 Jahr	3	-	-	1	1	-	-	1	-	-
Gesamt	34	5	8	7	6	1	-	2	4	1

Tab. 22 c

Zeitraum zwischen der dritten (vierten)
Entziehungskur und der vierten (fünften) bei
Wiedereingewiesenen in Beziehung gesetzt zur
Dauer der dritten (vierten) Entziehungskur

Dauer der 3. oder 4.
Entziehungskur

1 Mo 2-4 Mo 5-8 Mo 9-12 Mo 13-16 Mo 17-20 Mo 21-24 Mo 2-3 Jahre 3-4 Jahre über 4
Zeitraum zwischen der dritten (vierten)
und vierten (fünften) Entziehungskur

Jahre

bis 4 Mo	2	2	-	-	-	-	-	-	-
5-8 Mo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9-12 Mo	2	1	-	-	1	-	-	-	-
13-16 Mo	2	-	1	1	-	-	-	-	-
17-20 Mo	1	1	-	-	-	-	-	-	-
21-24 Mo	3	1	1	-	-	-	-	1	-
25-30 Mo	6	2	2	1	-	-	-	-	1
31-36 Mo	1	-	-	-	-	-	-	1	-
37 Mo - 1 Jahr	3	1	1	-	1	-	-	-	-
über 1 Jahr	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	20	8	5	2	1	1	-	2	1

Tab. 22 d

Zeitraum zwischen der fünften oder höheren
Entziehungskur und der folgenden bei Wiedereingewiesenen
in Beziehung gesetzt zur Dauer der vorangegangenen
Entziehungskur

Dauer der 5. oder höheren Kur	Zeitraum zwischen der fünften oder höheren Kur und der folgenden				
	1 Mo	2-4 Mo	5-8 Mo	9-12 Mo	über 1 Jahr
bis 4 Wo	1	-	-	-	-
5-8 Wo	-	-	-	-	-
9-12 Wo	1	1	-	-	-
13-16 Wo	1	-	-	1	-
17-20 Wo	2	-	2	-	-
21-24 Wo	2	2	-	-	-
25-30 Wo	1	-	1	-	-
31-36 Wo	-	-	-	-	-
37 Wo - 1 Jahr	1	-	-	1	-
über 1 Jahr	1	1	-	-	-
Gesamt	10	4	3	2	-

Tabelle 22 e Abhängigkeit der Wiederaufnahme
von der Dauer der vorherigen Entziehungskur

Dauer der Kuren	Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres		Wiederaufnahme innerhalb zweier Jahre	
	alle Patienten n=129	nur 1. Kur n=65	alle Patienten n=129	nur 1. Kur n=65
bis 4 Mo	n=47 83 %	n=21 77 %	n=27 89 %	n=64 96 %
4 - 6 Mo	n=25 64 %	n=13 46 %	n=12 83 %	n=62 72 %
6 - 7 1/2 Mo	n=33 42 %	n=21 33 %	n=12 58 %	n=67 64 %
länger als 7 1/2 Mo	n=23 87 %	n=10 90 %	n=13 85 %	n=100 91 %
				n=85 85 %

Tabelle 23

Entziehungssymptome bei Aufnahme
stationär behandelter Alkoholab-
hängiger

	Entziehungssymptome	keine Angaben
1. Kur n = 132	47	8
2. Kur n = 34	10	2
3. Kur n = 22	6	1
4. + 5. Kur n = 13	3	-
6. u. mehr K.n = 7	3	-
insgesamt n = 208	69	11

Tabelle 24

Delirium bei Aufnahme stationär
behandelter Alkoholabhängiger

	Delir	keine Angaben
1. Kur n = 132	22	6
2. Kur n = 34	2	1
3. Kur n = 22	4	1
4. + 5. Kur n = 13	2	-
6. u. mehr K. n = 7	4	-
insgesamt n = 208	34	8

Tabelle 25

Krampfanfälle bei Aufnahme
stationär behandelter Alkohol-
abhängiger

	Krampfanfälle	keine Angaben
1. Kur n = 132	9	7
2. Kur n = 34	2	2
3. Kur n = 22	-	2
4. + 5. Kur n = 13	1	-
6. u. mehr n = 7	1	-
insgesamt n = 208	13	11

Tabelle 26

Behandlungsbereitschaft bei
Kurbeginn von Alkoholabhängigen

	Behandlungsbereitschaft ja	nein	Angabe ohne
1. Kur n = 132	41	64	27
2. Kur n = 34	13	19	2
3. Kur n = 22	9	10	3
4. + 5. Kur n = 13	7	5	1
6. u. mehr K. n = 7	1	6	-
insgesamt n = 208	71	104	33

Tabelle 27

Kritikfähigkeit bei Beginn der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen

		Kritikfähigkeit eingeschränkt		
		ja	nein	keine Angaben
1. Kur	n = 132	82	40	10
2. Kur	n = 34	25	7	2
3. Kur	n = 22	19	2	1
4. + 5. Kur	n = 13	11	2	-
6. u. mehr K.	n = 7	6	1	-
gesamt	n = 208	143	52	13

Tabelle 28

Persönlichkeitsveränderung bei Alkoholabhängigen

		Persönlichkeitsveränderung		
		ja	nein	keine Angaben
1. Kur	n = 132	34	94	4
2. Kur	n = 34	9	23	2
3. Kur	n = 22	9	12	1
4. + 5. Kur	n = 13	6	7	-
6. u. mehr K.	n = 7	3	4	-
gesamt	n = 208	61	140	7

Tabelle 29

Alkoholische Demenz bei Alkoholabhängigen

		Alkoholische Demenz		
		ja	nein	keine Angaben
1. Kur	n = 132	11	115	6
2. Kur	n = 34	2	31	1
3. Kur	n = 22	2	19	1
4. + 5. K.	n = 13	2	11	-
6. u. mehr K.	n = 7	-	7	-
gesamt	n = 208	17	183	8

bei Aufnahme und Entlassung

bei Aufnahme						bei Beurlaubung											
1. Kur n=132	2. Kur n=34	3. Kur n=22	4. u. 5. Kur n=13	6. u. mehr Kuren n=7	gesamt n=208	1. Kur n=132	2. Kur n=34	3. Kur n=22	4. u. 5. Kur n=13	6. u. mehr Kuren n=7	gesamt n=208						
keine Angabe						13	5	5	3	1	27	39	7	8	4	3	61
über 25 %						8	1	-	-	-	9	4	-	-	-	-	1
15-25 %						14	6	2	3	2	27	6	1	2	2	1	12
5-15 %						30	3	7	2	1	43	11	4	1	1	-	17
gesamt						52	10	9	5	3	79	18	5	3	3	1	30
Normal-gewicht						31	7	6	2	2	48	30	4	6	2	1	43
5-15 %						20	5	1	1	1	28	18	8	2	1	1	30
15-25 %						8	2	1	2	-	13	15	3	2	2	1	23
über 25 %						8	5	-	-	-	13	12	7	1	1	-	21
gesamt						36	12	2	3	1	54	45	18	5	4	2	74

Tabelle 31

Der Blutdruck bei der Aufnahme zur stationären Behandlung von
208 Alkoholabhängigen

		normal	leicht erhöht	stark erhöht	erniedrigt	keine Angaben
			über 150/95	über 200/140	unter 100/60	
1. Kur	n = 132	82	39	5	1	4
2. Kur	n = 34	22	7	3	1	1
3. Kur	n = 22	16	3	-	1	2
4.+5. Kur	n = 13	7	3	2	1	-
6.u.mehr K.n	n = 7	3	4	-	-	-
gesamt	n = 208	130	56	11	4	7

Tabelle 32

Lebervergrößerungen bei der Aufnahme zur stationären Behandlung
von 208 Alkoholabhängigen

	nicht vergrößert	1-2 QF	über 2 QF	nicht zu beurteilen
1. Kur	n = 132	60	48	18
2. Kur	n = 34	14	14	5
3. Kur	n = 22	10	8	4
4.+5. Kur	n = 13	4	6	3
6.u.mehrK.	n = 7	2	2	3
gesamt	n = 208	90	78	33

Tabelle 33

Verhältnis von normalen und pathologischen Lebertesten
in Beziehung zum klinischen Leberbefund

- 89 -

	1. Kur n=132	2. Kur n= 34	3. Kur n= 22	4.+5. Kur n= 13	6. u. mehr K. n= 7	gesamt n=208
<u>Lebervergrößerung</u>						
mit path. Lebertest	23	7	4	4	-	38
ohne path. Lebertest	21	7	2	2	2	34
<u>keine Lebervergrößerung</u>						
mit path. Lebertest	24	5	3	3	-	35
ohne path. Lebertest	30	8	5	-	2	45
<u>starke Lebervergrößerung</u>						
mit path. Lebertest	7	-	2	3	2	14
ohne path. Lebertest	7	2	1	-	1	11
Lebergröße nicht zu beurteilen bzw. keine Angabe	20	5	5	1	-	31

Tabelle 34

Höhe des Bilirubin/Serum bei Alkoholabhängigen

	Keine Angabe	B/S normal	B/S erhöht 1-1,59 mg %	bei Entlassung K.A. normal erhöht 1-1,29 mg %	B/S erhöht 1,6-2,5 K.A. normal erhöht 2,5 mg %	B/S über 2,5 K.A. normal erhöht				
1. Kur n=132	10	87	29	6	22	1	4	-	1	-
2. Kur n= 34	1	20	9	3	6	2	-	2	-	1
3. Kur n= 22	2	11	4	-	4	4	-	4	-	1
4.+5. Kur n= 13	-	6	4	-	4	2	-	2	-	1
6. u. mehr Kuren n= 7	-	5	1	-	1	-	-	-	1	-
gesamt n=208	13	129	47	9	37	13	1	12	6	5

Table 10 35

Der Lebertest nach Maucke-Sommer (Normalwerte 75 - 125 mg %)

	keine Angabe	bei Auf- nahme MS normal	bei Entlassung K.A. nor- mal	er- höht	bei Aufnahme MS erhöht	bei Entlassung K.A. er- höht	nor- mal	bei Aufnahme MS erniedr.	bei Entlassung K.A. normal	er- höht					
1.Kur n=132	5	114	-	107	7	-	2	-	-	2	11	3	4	-	4
2.Kur n= 34	1	32	-	32	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
3.Kur n= 22	-	21	-	17	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
4.+5. Kur n= 13	2	10	-	10	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
6.u.mehr K. n= 7	-	6	-	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
gesamt n=208	8	183	-	172	11	-	2	-	-	2	15	3	5	-	7

Tabelle 36 **Höhe des Urobillogens im Urin**

	normal	leicht erhöht	stark erhöht	keine Angaben
1. Kur n=132	89	34	2	7
2. Kur n= 34	26	5	2	1
3. Kur n= 22	12	4	4	2
4.+5. Kur n= 13	7	2	3	1
6.u.mehr K. n= 7	5	1	1	-
Gesamt n=208	139	46	12	11

Table 37

Anteil der Patienten, bei denen B/S, MS, Ubg alle normal waren

	alle Leberteste normal	keine Angaben
1. Kur	n = 132	10
2. Kur	n = 34	1
3. Kur	n = 22	2
4.+5. Kur	n = 13	2
6. u. mehr K.	n = 7	-
Gesamt	n = 208	15

Tabelle 38

Leucocytenwerte bei Alkoholabhängigen
bei Aufnahme zur stationären Behandlung

Normalwert: 5 - 8000
erhöht: 8 - 20 000
stark erhöht: über 20 000

	bei Aufn. normal	bei K.A. oder normal	bei Entlassung erhöht	stark erhöht	bei Aufn. erhöht	bei Entlassung K.A. normal	erhöht	stark erhöht	bei Aufn. stark erhöht	bei Entlassung K.A. normal	erhöht	stark erhöht	Keine Angabe		
1. Kur n=132	86	85	-	1	38	21	10	7	-	5	3	-	2	-	3
2. Kur n=34	18	18	-	-	16	6	4	4	-	-	-	-	-	-	-
3. Kur n=22	16	14	2	-	6	4	1	-	1	-	-	-	-	-	-
4.+5. Kur n=13	6	6	-	-	6	2	2	2	-	1	-	1	-	-	-
über K. n= 7	4	4	-	-	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt n=208	130	127	2	1	69	34	18	14	1	6	3	1	2	-	3

Tabelle 39 a

Polyneuropathien
bei Alkoholabhängigen

		Polyneuropathien			
		ja	nein	ohne Angabe	
1. Kur	n=132	21	104	7	1. Kur
2. Kur	n=34	6	26	2	2. Kur
3. Kur	n=22	4	16	2	3. Kur
4.+5. Kur	n=13	3	10	-	4.+5. Kur
6. u. mehr Kuren	n=7	2	5	-	6. u. mehr Kuren
gesamt	n=208	36	161	11	gesamt

Tabelle 40

Einordnung in das Stationsleben während
der stationären Behandlung

		Einordnung in das Stationsleben			
		ja	nein	keine Angaben	
1. Kur	n=132	93	27	12	1. Kur
2. Kur	n=34	27	5	2	2. Kur
3. Kur	n=22	18	2	2	3. Kur
4.+5. Kur	n=13	10	2	1	4.+5. Kur
6. u. mehr Kuren	n=7	3	3	1	6. u. mehr Kuren
gesamt	n=208	151	39	18	gesamt

Tabelle 41

Urlaub während der Entziehungskur und Anzahl der Zwischenfälle

		Urlaub während der Entziehungskur und Anzahl der Zwischenfälle				
		1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6. u. mehr Kuren
Urlaub	n=132	n=34	n=22	n=13	n=7	n=208
1 x	28	8	5	4	2	47
2 x	11	3	2	2	1	19
3 x	2	1	1	1	3	7
mehr als 3 x	3	-	1	-	-	4

Tabelle 42

Anzahl der Rückfälle bei 208 stationär
behandelten Alkoholabhängigen

Rückfälle	1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6.u.mehr Kuren	Gesamt
	n = 132	n = 34	n = 22	n = 13	n = 7	n = 208
1 x	8	6	3	2	-	19
2 x	2	-	2	-	-	4
3 x	1	1	-	1	1	4
mehr als 3 x	-	1	-	-	-	1

Tabelle 43

Anzahl der Entweichungen bei 208 stationär
behandelten Alkoholabhängigen

Entweichungen	1. Kur	2. Kur	3. Kur	4.+5. Kur	6.u.mehr Kuren	Gesamt
	n = 132	n = 34	n = 22	n = 13	n = 7	n = 208
1 x	7	2	1	2	1	13
2 x	1	-	2	-	-	3
3 x	-	1	1	-	-	2

Tabelle 44
Entlassungsart von 208 stationär
behandelten Alkoholabhängigen

		Art der Entlassung:					im Haft
		normal	auf Wunsch des Patienten gegen ärztl. Rat	disziplin.	Ver- legung	Ent- weichung	
1. Kur	n=132	105	11	7	2	4	3
2. Kur	n= 34	27	2	1	2	-	2
3. Kur	n= 22	17	1	1	1	-	2
4.+ 5. Kur	n= 13	9	3	1	-	-	-
6. u. mehr Kuren	n= 7	3	1	2	-	1	-
Gesamt	n=208	161	18	12	5	5	7

DANKSAGUNG

Herrn Professor Dr. med. H. Lammers
möchte ich danken für die Fragestellung
zu dieser Arbeit und die ständige Bereit-
schaft, mit Rat und Tat bei der Fertig-
stellung mitzuwirken.

LEBENS LAUF

Dietrich B e h r e n d t , geboren am 15. April 1944 in Wormditt/Ostpr., als Sohn des Realschulrektors Anton Behrendt und seiner Ehefrau Maria, geborene Schlicht.

Nach dem Besuch der Volksschule in Itzehoe bestand ich im Februar 1965 das Abitur an der Kaiser-Karl-Schule in Itzehoe. Im Sommersemester 1965 nahm ich an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel das Medizinstudium auf und legte dort im April 1968 das Physikum ab. Im September 1969 begann ich im Landeskrankenhaus Heiligenhafen unter der Anleitung von Professor Dr. med. H. Lammers meine Arbeit. In Kiel legte ich im August 1971 das medizinische Staatsexamen ab. Im November 1972 erhielt ich die Approbation und arbeite zur Zeit als Assistenzarzt am Städt. Krankenhaus Tegel-Süd in Berlin.

